

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1896

THÈSE

N°

195

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 12 mars 1896, à 1 heure

PAR

Charles LUCAS

Né à Noyon (Oise) le 18 janvier 1866

EX-INTERNE PROVISOIRE DE SAINT LAZARE
ANCIEN EXTERNE DES HOPITAUX, DU BUREAU CENTRAL ET DE LA MATERNITÉ
DE LARIBOSIÈRE
MÉDAILLE DE BRONZE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE

CONTRIBUTION A L'ETUDE

DU

TRAITEMENT DE LA DÉLIVRANCE

DANS L'AVORTEMENT INCOMPLET

« Dans l'avortement, l'expulsion du délivre est
« tout, tandis que celle du fœtus n'est rien ».

(Guéniot).

Président : M. LE DENTU, *professeur*.

Juges : MM. { BERGER, *professeur*.
MAYGRIER ET HARTMANN, *agrégés*.

PARIS

GEORGES CARRÉ, ÉDITEUR

3, RUE RACINE, 3

1896

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1896

THÈSE

N°

193

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 12 mars 1896, à 1 heure

PAR

Charles LUCAS

Né à Noyon (Oise) le 18 janvier 1866

EX-INTERNE PROVISoire DE SAINT LAZARE
ANCIEN EXTERNE DES HOPITAUX, DU BUREAU CENTRAL ET DE LA MATERNITÉ
DE LARIBOISIÈRE

MÉDAILLE DE BRONZE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE

CONTRIBUTION A L'ETUDE

DU

TRAITEMENT DE LA DÉLIVRANCE

DANS L'AVORTEMENT INCOMPLET

« Dans l'avortement, l'expulsion du délivre est
« tout, tandis que celle du fœtus n'est rien ».

(Guéniot).

Président : M. LE DENTU, professeur.

Juges : MM. { BERGER, professeur.
MAYGRIER ET HARTMANN, agrégés.

PARIS
GEORGES CARRÉ, ÉDITEUR
3, RUE RACINE, 3

1896

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M. BROUARDEL
Professeurs.	MM.
Anatomie.	FARABEUF.
Physiologie.	CH. RICHEL.
Physique médicale.	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.	N.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale	{ DIEULAFOY.
Pathologie chirurgicale.	{ DEBOVE.
Anatomie pathologique.	LANNELONGUE.
Histologie	CORNIL.
Opérations et appareils.	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie	TERRIER.
Thérapeutique et matière médicale	POUCHET.
Hygiène	LANDOUZY.
Médecine légale	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale.	LABOULBENE.
	STRAUS.
Clinique médicale	{ G. SEE.
	{ POTAIN.
	{ JACCOUD.
	{ HAYEM.
Clinique des maladies des enfants.	GRANCHER.
Clinique des maladies syphilitiques.	FOURNIER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	
Clinique des maladies nerveuses.	JOFFROY.
	RAYMOND.
	BERGER.
Clinique chirurgicale.	{ DUPLAY.
	{ LE DENTU.
	{ TILLAUX.
Clinique ophtalmologique.	PANAS.
Clinique des voies urinaires.	GUYON.
Clinique d'accouchements.	{ TARNIER.
	{ PINARD.

Professeurs honoraires.

MM. SAPPEY et PAJOT

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	GAUCHER.	MARFAN.	ROGER.
ALBARRAN.	GILBERT.	MARIE.	SEBILEAU.
ANDRE.	GILLES DE LA	MENETRIER.	THIERY.
BAR.	TOURETTE.	NELATON	THOINOT.
BONNAIRE.	GLEY.	NETTER.	TUFFIER.
BROCA.	HARTMANN.	POIRIER, chef des	VARNIER.
CHANTEMESSE	HEIM.	travaux anatomiques.	WALTHER.
CHARRIN.	LEJARS.	RETTIERER.	WEISS.
CHASSEVANT.	LETULLE.	RICARD.	WIDAL.
DELBET.			WURTZ.

Secrétaire de la Faculté: M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans ses dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MES FRÈRES ET A MA SOEUR

A MES PARENTS

A MES AMIS



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41556005_0012

AVANT-PROPOS

Dans l'avortement, en général, la délivrance est plus tardive que dans l'accouchement à terme, néanmoins elle a lieu d'ordinaire dans les quelques heures qui suivent la fausse couche.

Si, pour des raisons que nous aurons à examiner, elle tarde plus longtemps et ne s'est pas produite *six* heures (Tarnier) ou seulement *quatre* heures (Ribemont et Lepage) après l'expulsion du fœtus on dit qu'il y a rétention des annexes : l'avortement est *incomplet*.

Durant l'année que nous venons de passer dans le service d'accouchements de Lariboisière, où il nous a été donné d'observer de nombreux avortements, nous avons été frappé par la fréquence relativement grande de ces cas incomplets, et dont beaucoup nécessitent une intervention.

Or, malgré le nombre considérable de travaux publiés à ce sujet, la question du traitement de la délivrance dans ces cas, n'est pas encore à l'heure actuelle résolue d'une façon définitive, pour tous les accoucheurs.

C'est pourquoi dès que notre attention eut été attirée sur ce point, nous nous sommes proposé, sur le conseil de notre maître M. le docteur Maygrier, accoucheur de Lariboisière, et guidé par ses indications, de recueillir et d'examiner à ce point de vue les observations prises dans son service pen-

dant cette année, et d'apporter ainsi notre modeste contribution à l'étude de cette question dont l'importance est si grande dans la pratique.

Nous examinerons d'abord les *causes* ordinaires de cette retention des annexes, et les *accidents* auxquels elle expose la femme et qui en résultent souvent; de la sorte nous serons plus à même de juger quelle sera la meilleure conduite à tenir aussi bien pour combattre ces derniers que pour les prévenir.

Mais avant d'aller plus loin, c'est pour nous un agréable devoir d'adresser l'expression de notre profonde reconnaissance à tous nos Maîtres, qui, pendant les huit années que nous avons passées dans les hôpitaux ont contribué à notre éducation médicale.

Dès le début de nos études, M. le docteur d'Heilly, à l'hôpital des Enfants-Malades (1890) et M. le docteur Humbert, chirurgien de l'Hôpital du Midi, (1891) ont bien voulu nous admettre au nombre de leurs externes.

M. le docteur Rigal, à Necker (Ext. 1892) et M. le docteur Merklen à Saint-Antoine (Ext. 1894) en même temps qu'ils nous faisaient profiter de leur enseignement clinique, si élevé et si remarquable, nous ont donné des marques d'estime, dont nous leur gardons la plus vive reconnaissance.

M. le docteur Campenon (Externat 1893), chirurgien de l'hôpital Broussais en nous choisissant pour remplacer un de ses internes pendant plus de quatre mois, nous a fait un honneur que nous n'oublierons pas.

M. le docteur Maygrier, accoucheur de Lariboisière, a droit doublement à toute notre gratitude, aussi bien pour ses excellentes leçons d'obstétrique, que pour la bienveillance avec laquelle il nous a inspiré le sujet de notre thèse et confié les observations de son service.

Nous devons à M. le docteur Siredey médecin de l'hôpital Saint-Antoine, une reconnaissance particulière pour la bienveillance qu'il nous a témoignée.

Nous remercions vivement M. le docteur Demelin ancien chef de Clinique de M. le Professeur Tarnier, des renseignements qu'il nous a si obligeamment fournis.

Que MM. Marfan, Potherat, Achard, Walther et Faure, médecins et chirurgiens des hôpitaux, qui nous ont porté quelque intérêt, soit au Bureau Central, soit dans les hôpitaux. reçoivent ici tous nos remerciements.

Nous prions également M. le professeur Le Dentu, chirurgien de l'hôpital Necker, membre de l'Académie de médecine, d'agréer l'hommage de notre profonde gratitude pour l'honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse.

HISTORIQUE

Comme nous venons de le dire, les accoucheurs et les gynécologistes, lorsque l'avortement est incomplet, ne sont pas d'accord sur la conduite à tenir pendant la période de la délivrance.

En dehors de toute complication, les uns sont partisans d'une intervention active, les autres conseillent de laisser à la nature le soin de vider l'utérus.

D'autre part, lorsque surviennent les complications ordinaires de la rétention des annexes, hémorragie ou septicémie, et que l'intervention s'impose, les auteurs diffèrent encore au sujet de la nature de cette intervention et du moment où il faut la pratiquer.

Sans vouloir faire un historique complet de la question, renvoyant pour cela aux thèses bien documentées de GERBAUD, de CHARTIER, de AUDEBERT (*voy. Bibl.*), nous allons passer en revue les opinions d'un certain nombre d'auteurs, nous attachant surtout à ceux qui ont vécu ou vivent depuis la période antiseptique.

En 1876, CORDES, de Genève, recommandait encore les médicaments ocytociques et n'intervenait qu'en dernière ressource et au moyen de l'extraction manuelle.

SCHROEDER est partisan de l'intervention hâtive dans tous les cas.

DEUTSCHE, conseille l'expectation antiseptique et n'inter-

vient au moyen du curage digital, qu'en cas de septicémie grave.

CHURCHILL, s'en tient à l'expectation tant que rien de grave ne commande d'intervenir.

BARNES, veut qu'on vide l'utérus le plus tôt possible, dans tous les cas.

MACDONALD, conseille l'extraction digitale en cas seulement de complications graves.

MATHEWS DUNCAN, est d'avis d'intervenir en cas d'hémorragie grave et de septicémie.

En Angleterre, d'ailleurs, HALL DAVIS, TYLER SMITH, et LEISMANN sont nettement partisans de l'extraction avec le doigt.

SIMPSON, en 1876, dans un mémoire important, puis KEILLER, sont également de cette opinion.

MILNE et BRUCE, abaissent l'utérus et font le curage digital.

RAMSBOTHORN et PLAYFAIR, n'interviennent que rarement, mais toujours avec le doigt.

CAMERON, ne pratique que l'évacuation manuelle.

En Allemagne, SCHWARTZ, conseille l'expectation avec le tamponnement utérin contre l'hémorragie et n'admet l'intervention digitale que lorsqu'il y a des symptômes de putréfaction.

SPONDLY, FELSENREICH et MICULICZ (de Prague) estiment qu'il faut enlever rapidement les fragments de l'œuf.

En Amérique WALTHER (de Louisville) CHADWICK, STIRINCLA. (de Boston) et CAROLL (du Texas) préfèrent le curage *mixte* avec le doigt et la curette.

Il en est de même de PARISH, de New-York.

Arthur EDIS, en Angleterre, DÜHRSEN et BLOCH, en Allemagne, NYOFF, d'Amsterdam, sont aussi partisans du doigt et de la curette.

Au contraire, FRITSCH, RABENAU, HUETER, VERT, BOETERS, en Allemagne ; SCANZONI et LESSONA, en Italie ; SULLIVAN, AVELING, en Angleterre ; ALLOWAY, MUNDE, MACAN, en Amérique, sont des interventionnistes d'emblée. DOLERIS, en France, dans une communication retentissante à la Société d'Obstétrique, en 1885, se déclare également partisan de l'intervention d'emblée par la curette.

MARTIN et DUVULLUS, interviennent même dès le début de l'avortement, sans attendre l'expulsion du fœtus.

Enfin, parmi les partisans de la curette, à titre plus ou moins exclusif, nous citerons, en outre :

En Allemagne : PROCHOWNITZ, OSTERLOCH, PICK (de Coblenz), MOSER, KONRAD, C. BRAUN, PLOONIES, LÉOPOLD, WOTZ, KUSTNER, KUPPENHEIM, OLSHAUSEN, GREUSER, etc.

En Russie, CHOMOLGOROW, GHAZAN, MARTINOW, LAZAREWITCH, JERSYKOWSKY, etc.

En Angleterre : ROBERT BELL, LAWRENCE, GREELY, HEWIT, MURRAY, etc.

En Amérique : WARNER, HARTWIG, SHENK, THOMAS, LUSK, NÖGGERATH, BOLDT, etc.

En Italie : TIBONE, COSENTINO, FASOLA, BOMPIANI.

En Suisse : VAUCHER, les deux REVERDIN, VUILLET, CHENEVIÈRES, PATRU, RAPIN, etc.

En Belgique : FRAIPONT, WALTON.

En France, la plupart des accoucheurs ont émis leur opinion sur le sujet qui nous occupe, dans la discussion qui s'est élevée à propos du *curage dans les suites de couches*, au Congrès de la *Société Obstétricale de France*, de 1893 :

• RIVIÈRE (de Bordeaux), en cas d'hémorragie post-abortum, essaie les injections chaudes mais si la femme est exsangue, il cure sans tarder ; dans la septicémie il essaie sans y comp-

ter, les irrigations intra-utérines et fait ensuite le curettage. Il regarde le curettage *précoce* comme très légitime.

Pour BUDIN, l'essentiel est de préciser les indications du curettage. Lorsqu'on le pratique, il faut aussi introduire la main. Le nettoyage avec le simple doigt est souvent très efficace ; il reste encore l'écouvillon qui permet un excellent nettoyage.

PORAK préconise le tamponnement contre l'hémorragie. La septicémie est une indication absolue au curettage.

Pour FOCHIER (de Lyon), ce n'est pas tant le curettage qu'il faut faire, que l'évacuation de l'utérus.

HERRGOTT se sert de la curette *mousse* « qui n'est qu'un doigt prolongé ». Il condamne vivement la curette tranchante.

CHAMPETIER DE RIBES, au moindre accident, donne le chloroforme et explore avec le doigt la cavité utérine ; il ne curette que s'il trouve quelque chose. Il se sert de la curette mousse et pratique ensuite le tamponnement à la gaze iodoformée, sur les avantages duquel il insiste.

Dans la 2^e édition de leur *Précis d'Obstétrique*, RIBEMONT et LEPAGE, conseillent de faire la délivrance artificielle en cas d'hémorragie dangereuse, et dès qu'il y a des signes d'infection de pratiquer le curage *digital* ou *instrumental*, suivant la gravité des accidents.

CHAPITRE I

Causes, physionomie et complications de l'avortement incomplet.

I

Les causes de cette rétention sont intéressantes à connaître parce qu'elles nous permettront de nous rendre un compte exact de la pathogénie des accidents qui en résultent, et nous montreront quel est le meilleur moyen de les éviter. Les unes dépendent de la constitution de l'œuf lui-même (*causes anatomiques*) ou du mécanisme de l'avortement (*causes physiologiques*). Les autres, plus spéciales, résultent de certaines affections de l'utérus (*causes pathologiques*).

1° *Causes anatomiques*. — Pendant le premier mois, avant la disparition du *chorion laeve* et la disparition du *chorion frondosum*, la sérotine offre la même structure que le reste de la caduque vraie : à son niveau l'œuf n'adhère que faiblement à la matrice et peut, sans former de plaie utérine, s'en détacher ; il tombe avec ses membranes et son chorion hérissé de quelques villosités. A partir du deuxième mois, les villosités commencent à envahir le chorion, et le tapissent bientôt sur toute sa surface ; à ce moment l'œuf est « placenta partout », mais vers la fin du deuxième mois, elles s'atrophient partout sauf sur un point : d'où résulte la différenciation du *chorion laeve* et du *chorion frondosum*. Les villosités

du chorion frondosum prolifèrent et pénètrent dans la séro-tine en s'y ramifiant pour former le placenta.

L'œuf est, dès lors, soudé à l'utérus au niveau de l'insertion placentaire, par l'intermédiaire d'un tissu extrêmement vascularisé, et ces attaches deviennent de plus en plus solides à mesure que le placenta se développe. Il en résulte qu'à partir du troisième mois (et même de la fin du deuxième) l'œuf se compose de deux parties (placenta et membranes) inégalement résistantes.

De plus, pendant les deux premiers mois, la caduque réfléchie et la caduque vraie sont distinctes, et séparées par le sillon interdécidual ; mais vers le troisième mois, elles commencent à contracter des adhérences entre elles pour se souder intimement à la fin du troisième mois : dès lors elles font partie intégrante de l'œuf, tout en restant également unies à la paroi utérine. On sait qu'il n'en est pas de même, vers la fin de la grossesse, la caduque commençant à se détacher de la paroi utérine dès le sixième mois : c'est ce qui explique qu'au moment de l'accouchement à terme ou prématuré la caduque est facilement expulsée avec les annexes. Au contraire, dans l'avortement la caduque vraie, qu'elle soit ou non unie à la caduque réfléchie, reste toujours adhérente à la paroi utérine, et si, pendant son expulsion, l'œuf ne parvient pas à la décoller, elle demeure retenue, en partie ou en totalité, dans la cavité utérine.

Comment donc s'opère ce décollement ? On sait aujourd'hui, qu'il ne se produit pas de bas en haut, comme dans l'accouchement à terme, mais, au contraire, de haut en bas, par une véritable *inversion* ; dès le début des contractions, la séro-tine se détache la première, puis, peu à peu, de haut en bas, la caduque vraie. L'œuf descend alors, chassé par les contrac-

tions utérines, entraînant, au fur et à mesure la caduque vraie qu'il retourne en doigt de gant, jusqu'à son insertion inférieure, au niveau de l'orifice interne. On comprend facilement que, pour peu que celle-ci, qui n'est encore à cette époque qu'une membrane molle et friable, adhère à la paroi en un point elle se déchire sous l'effort des tiraillements de l'œuf et reste retenue dans la matrice. L'utérus est alors dans de mauvaises conditions pour expulser ces lambeaux de caduque, car il se contracte sur un corps membraneux et mou, et d'autre part, le col est alors souvent refermé. C'est pourquoi la rétention, au moins partielle de la caduque, exceptionnelle dans l'accouchement à terme, est presque la règle dans l'avortement.

2° *Causes physiologiques.*— Avant la formation du placenta, nous l'avons vu, l'œuf ayant une résistance à peu près uniforme, l'effort des contractions utérines se répartit également sur toute sa surface, et son volume étant peu considérable, il triomphe sans trop de peine de la résistance du col qui se dilate plutôt qu'il ne s'efface, et finit par être expulsé en bloc : on dit alors qu'il y a expulsion de l'œuf *complet*.

Lorsque le placenta se trouve constitué, les choses, quoique plus rarement, peuvent encore se passer de la même façon. Le plus souvent cependant, les membranes, moins résistantes que le placenta, se rompent sous l'effort de la pression de leur contenu : le liquide amniotique s'écoule, entraînant l'embryon. Celui-ci, grâce à son petit volume, franchit aisément le col qui ne se dilate qu'autant que cela est nécessaire pour son passage et se referme vite. Si le placenta est plus volumineux que le fœtus il aura de la peine à passer par le chemin trop étroit, à peine ouvert par le produit de conception, d'autant plus que, d'une consistance molle et spongieuse il se

laisse tasser et se ratatine, sans fournir aux contractions utérines un point d'appui suffisant pour dilater le col.

C'est ce qui explique la grande fréquence de la rétention placentaire au 3^e et au 4^e mois. Aux 5^e et 6^e mois, le volume du délivre étant égal, sinon supérieur à celui du fœtus, la rétention des annexes (d'ailleurs bien moins fréquente) doit être rapportée à une autre cause.

C'est également par suite de cette disproportion entre la masse placentaire et l'embryon, que les avortements gemellaires, comme l'ont montré MM. Maygrier et Demelin (1), s'accompagne presque toujours (qu'il y ait deux placentas ou un seul) de rétention des annexes.

3^o *Causes pathologiques.* -- Enfin, certaines affections de l'utérus ou du placenta lui-même, en même temps qu'elles provoquent souvent l'avortement, sont des causes non moins fréquentes de la rétention complète ou, plus souvent, *partielle* du placenta ou de la caduque. Citons : *l'endométrite* (2), en faisant subir des altérations profondes à la muqueuse utérine, et en produisant des adhérences anormales entre l'œuf et la paroi utérine ; *la retroflexion*, en s'opposant mécaniquement, pour ainsi dire, à l'expulsion du délivre ; *l'insertion vicieuse du placenta* ; *le placenta succenturié* (Pinard), considéré d'ailleurs actuellement, comme le résultat lui-même d'une lésion antérieure de l'endomètre, etc.

(1) MAYGRIER et DEMELIN. *Etude sur l'avort. gemell.* Arch. de To-col, 1892.

(2) Cf. ZINOWIEFF. *Histol. path. du plac. abort.* in *Nouv. Arch. d'Obst.* 1887.

Quel qu'en soit, d'ailleurs, le mécanisme, la *marche* de l'avortement incomplet peut être fort différente.

Dans bon nombre de cas, les contractions utérines persistent ou reviennent par intermittences, le décollement s'achève, le col se laisse progressivement dilater, et finalement le délivre tombe dans le vagin, dans les deux, trois, quatre jours suivants.

D'autres fois, si le placenta est resté complètement adhérent ou à peu près, le col se renferme, en l'emprisonnant. Tout semble rentré dans l'ordre : il n'y a pas de fièvre ni d'hémorragie. N'étant pas séparé de ses vaisseaux, il peut séjourner dans la matrice pendant un temps quelquefois très long : 33 jours (1), 57 jours (2), 6 mois (3), 11 mois (4), et ce n'est qu'après cette longue période que l'expulsion se produit, parfois soudainement, accompagnée de coliques et de métrorragies abondantes. On le trouve alors simplement racorni, ratatiné, semblable à un morceau de cuir, à une *cervelle de mouton* (Tarnier) mais sans la moindre odeur de putréfaction.

Mais ces faits sont rares, sinon exceptionnels, et l'on aurait tort, à notre avis, de s'en emparer, pour démontrer l'innocuité de la méthode *expectante*.

Dans d'autres cas moins heureux, il en est tout autrement et l'avortement incomplet expose la femme soit à des dangers

(1) TARN, *loc. cit.*

(2) *Id.*

(3) DOLERIS.

(4) BUDIN.

immédiats, d'hémorragie ou de *septicémie*, capables de compromettre gravement son existence, soit à d'autres complications plus ou moins *éloignées* qui pour être plus rares, n'en doivent pas moins être prises en sérieuse considération.

III

L'hémorragie est un symptôme constant de la fausse couche. « Elle commence dès le début des contractions utérines et se continue à mesure que le placenta se décolle » (Guéniot). Parfois même elle s'accompagne de phénomènes « syncopaux plus effrayants que réels » (Tarnier) (1). Mais il arrive souvent que par son abondance ou sa répétition, elle passe au rang de véritable *complication*. Quand, par exemple, le placenta retenu et adhérent, vient à se décoller en une seule fois, elle peut être foudroyante, comme dans l'accouchement à terme ; mais d'ordinaire, elle devient dangereuse par un autre mécanisme :

En raison de son adhérence anormale, le placenta ne se décolle que lentement, et « à mesure que la portion adhérente se détache elle ouvre de nouveaux vaisseaux qui saignent abondamment. Ces hémorragies se répétant à chaque contraction utérine, deviennent une sérieuse complication, « moins peut-être par leur abondance que par leur répétition, qui aboutit, rapidement, à un état de déchéance et d'épuisement, éminemment favorable à la septicémie, et la rendant plus grave » (2).

(1) *Asepsie et Antisepsie*.

(2) TARNIER, *loc. cit.*

Il suffit alors, sans accorder trop de crédit aux dires de la malade ou de son entourage, de constater la quantité de linge sali, le nombre de serviettes souillées de sang pour juger la situation d'une façon précise. A défaut même de ces indications, l'état général de la malade, la petitesse et la fréquence du pouls, la décoloration du visage et des téguments, l'existence de souffles anémiques, de bourdonnements d'oreilles, de vertiges, un état de battement et de faiblesse excessive, des menaces continuelles de syncope renseigneront amplement sur l'abondance de l'hémorragie.

IV

Celle-ci prépare le terrain à la *septicémie* (qu'elle accompagne souvent d'ailleurs) .

Lorsqu'en effet, le placenta, entièrement décollé, reste retenu dans la cavité utérine, engagé ou non dans le col qu'il n'a pu franchir, il cesse de vivre, séparé qu'il est de ses vaisseaux et « devient alors incapable de résister aux germes « pathogènes, en présence desquels il peut se trouver » (1). A plus forte raison, lorsqu'adhérent seulement en partie, il vient faire une saillie plus ou moins grande dans le vagin, cette portion saillante est-elle une proie facile pour les microorganismes nombreux, hôtes habituels de la cavité vaginale. (Döderlein (2,) Winter (3).)

(1) TARNIER, *loc. cit.*

(2) *Gesellsch f. Geburtsh.* Leipzig. 1887.

(3) *Zeitsch. f. Geb.* 1888. *In Tr. de chir.* p. 387.

Il en est de même des lambeaux de caduque ou de membranes, dont la retention partielle est si fréquente après l'avortement. Lorsqu'elles ne sont pas éliminées les jours suivants, grâce aux injections intra-utérines, elles peuvent donner lieu malgré leur petit volume, à des accidents septiques ou hémorragiques aussi graves que s'il s'agissait de la putréfaction d'un placenta entier. S'il est possible dans bon nombre de cas, grâce à une sévère antiseptie d'en empêcher l'éclosion, il est par contre, d'autres circonstances (avortements criminels, endométrite antérieure, touchers fréquents, tentatives de délivrances), (qui en favorisent singulièrement l'apparition.

Quoiqu'il en soit, le signe avant-coureur de la septicémie est la *fétidité des lochies* : elle indique que le délivre commence à se putréfier. Il suffit alors de soulever les couvertures pour percevoir l'odeur caractéristique : souvent même, avant que celle-ci ne se répande à l'extérieur, le doigt en faisant le toucher ramène quelques débris ayant déjà une odeur fade et désagréable. » Pour Porak, la fièvre la précéderait toujours de 24 heures.

Si l'on n'intervient pas, celle-ci apparaît bientôt avec son cortège habituel (frissons élévation de la température, céphalalgie, diarrhée) indice certain que l'infection d'abord localisée à l'utérus, vient d'envahir l'organisme. Pour M. Tarnier, cette infection putride n'apparaîtrait que le 3^e jour après le début de la retention et parfois plus tard. Souvent cependant, surtout lorsque le décollement est complet ou à peu près et le col ouvert, la putréfaction est rapide et elle éclate parfois dès la première journée. Un facteur, encore plus grave et plus rapide de décomposition putride, c'est la *mort et la macé*.

ration du fœtus : elle marche alors avec une violence et une rapidité inouïes.

V

Ce sont là, pourrait-on dire, les complications *immédiates* de l'avortement incomplet, mais il peut être aussi la cause d'accidents *ultérieurs*, plus ou moins tardifs.

La rétention de simples parcelles de caduque ou de placenta, le fait même seul de la rétention prolongée du délivre (1), donnent souvent naissance en dehors de toute autre complication, à cet état particulier de la matrice que l'on désigne sous le nom de *subinvolution utérine*, qui, à son tour, est la source de nombreux maux, fonctionnels d'abord (amenorrhée, dysmenorrhée) organiques ensuite (déviations, prolapsus) sans compter qu'il constitue un terrain de choix pour la septicémie.

Parfois, au lieu d'accidents aigus, survient une *endométrite*, qui s'installe et évolue insidieusement, causée si fréquente on le sait, des *inflammations péri-utérines*. De même si la caduque retenue, continue à s'organiser, elle peut devenir l'origine de nombre de métrites, bien étudiées par les auteurs allemands : *endométrite deciduo post-abortive* de Kustner, *proliférante* de Schröder, *polypeuse* de Ahlfeld, qui nécessiteront une intervention ultérieure.

(1) DOLERIS. *Troubles physiologiques non inflammatoires de l'utérus*. *Nouv. Arch. d'Obst.* 1893, p. 186.

Enfin, ces débris eux-mêmes peuvent proliférer et donner lieu à de véritables néoplasmes : *déciduomes benins*, *deciduo-sarcomes* ou *déciduomes malins* (Soënger) où à des polypes d'une structure spéciale : *polypes placentaires* de Zahn et Kahlden, enfin, à des *môles hydatiformes* (1).

(1) HARTMANN et TOUPET. *Des conséquences tardives de la rétention placentaire*. Ann. de Gynec. Avril 1895.

CHAPITRE II

Traitement des Complications de l'avortement incomplet

§ I. — TRAITEMENT DE L'HÉMORRAGIE POST-ABORTIVE.

L'hémorragie, nous l'avons vu, peut devenir dangereuse et réclamer l'intervention immédiate de l'accoucheur, soit par son abondance, dans quelques cas foudroyante, soit par sa répétition.

De quelles armes celui-ci peut-il se servir, pour combattre cette grave complication ?

Les *injections chaudes*, seront, dans l'espèce d'un faible secours. Outre qu'elles exigent toujours un certain temps, aussi bien pour être préparées que pour agir — et lorsque le sang coule abondamment, le moindre retard peut amener une syncope mortelle — elles demeurent presque toujours impuissantes à arrêter l'hémorragie. Y réussiraient-elles d'ailleurs, qu'elles n'en laisseraient pas moins subsister le danger d'une nouvelle perte, qui, cette fois, pourrait être fatale. Or, le devoir absolu de l'accoucheur est de ne pas quitter la malade, avant de s'être opposé, par un moyen sûr, à toute nouvelle perte de sang.

Ce moyen, pour la plupart des auteurs, c'est le *tamponnement vaginal*. Il met à l'hémorragie, une barrière infranchis-

sable, en même temps que par son contact, il excite les contractions utérines, achève la dilatation du col, et, par suite, provoque souvent l'expulsion du délivre, que l'on trouve, lorsqu'on retire le tampon, derrière lui, dans le cul de sac postérieur du vagin. En outre, il peut être appliqué par tous, dans tous les cas, et préparé avec des substances que l'on a toujours sous la main — ce qui, surtout en cas d'hémorragie foudroyante — n'est pas, on en conviendra, de mince importance.

Ce sont là de précieux avantages, qui, pour n'être pas constants, n'en sont pas moins réels, et dont on aurait tort de se priver, en le rejetant d'une façon absolue. Mais, ils ne vont pas sans quelques inconvénients.

Le tamponnement exige, en effet, pour être complètement efficace, d'être soigneusement et habilement confectionné, et encore, dans quelques cas (rares il est vrai) a-t-on vu le tampon se laisser infiltrer par le sang, qui continue de couler. Pénible et douloureux souvent, il ne peut, parfois être supporté assez longtemps pour arrêter d'une façon suffisante l'hémorragie, qui, dès qu'on l'enlève, reparait de plus belle. Mais (et c'est la raison qui le fait rejeter complètement par M. Pinard et son école) il serait une cause fréquente d'infection.

C'est pourquoi M. Tarnier, lui-même, dans son dernier ouvrage (1), le réserve, pour les cas où le col n'est pas suffisamment dilaté pour qu'on puisse faire la délivrance artificielle.

D'autres auteurs lui préférèrent le *tamponnement intra-utérin*, qui a, depuis Dührssen, droit de cité dans la thérapeutique gynécologique. Fraipont et Van Aubel (2), en

(1) *Asepsie et Antisep. loc. citat.*

(2) AUVARD. *In Trav. d'Obst.* T. II, p. 149.

Belgique ; *Roland* (1) (de Roanne) *Fraisie* (2) (de Roubaix) et *Oui*, en France, l'ont employé avec succès dans les cas d'hémorragies post-abortives, qu'il arrêterait d'une façon plus sûre que le tampon vaginal. De plus, il remplirait admirablement l'office d'un dilateur puissant (Dührssen) (3), et serait ainsi comme une sorte de préparation excellente à l'évacuation de l'utérus par le curage digital.

C'est là, en effet, croyons-nous, son réel avantage sur le tamponnement vaginal ; mais encore faut-il, pour qu'il soit possible de le pratiquer, que le col soit suffisamment ouvert. D'ailleurs, pas plus que ce dernier, il ne met à l'abri de l'infection, témoin l'observation suivante :

OBSERVATION I (in thèse de *Guidéz*. Lille, 94) (Résumée).

L..., 30 ans, entre le 14 octobre 1891, salle Gosselin à l'hôpital Saint-Louis, service de M. le Dr Marchand, pour une fausse couche de 3 mois environ, faite dans les premiers jours de septembre. Depuis, pertes abondantes.

Le 14 octobre, malade véritablement exsangue. Pas de température. Col dilaté comme 5 franes. L'utérus est volumineux. On sent un placenta non entièrement décollé, dans le col. *Sur les conseils d'un accoucheur*, on pratique, après un grand lavage au sublimé, un tamponnement intra-utérin et vaginal, dans l'espoir que le placenta se détachera ainsi tout seul, sous l'influence des contractions provoquées par le tampon.

Le 16 octobre la malade va très bien. Pas de température ni d'hémorragie.

(1) *Arch. de Toc.* 90.

(2) *Id.*

(3) *Vad. mecum d'Obst.* (trad. franç.)

Le 17 octobre *violent frisson* le matin ; la température s'élève brusquement à 39. 4.

Le tampon est enlevé ; il *sent très mauvais* bien qu'il ne soit en place que *depuis 48 heures*. Le placenta n'est nullement décollé.

On pratique alors le curettage, et l'écouvillonnage de l'utérus. La température revient rapidement à la normale.

Lorsqu'il est pratiqué avec de la gaze iodoformée, il peut être, en outre, dangereux. M. Tarnier (1) cite une observation de M. Bar ou dans un cas de tamponnement pour hémorragie post partum, on trouva, à l'autopsie, des cristaux d'iodoforme dans *toute la longueur de la trompe*.

Enfin, un dernier moyen (le meilleur selon nous) c'est la *délivrance artificielle*, ou comme l'on dit aussi, le *curage digital*, ou *extraction manuelle* du placenta. Nous en décrirons plus loin (v. chap. IV) le manuel opératoire

*
* *

Connaissant les moyens dont nous pouvons disposer, voyons maintenant quelle devra être notre règle de conduite dans les différents cas d'hémorragie inquiétante ou dangereuse.

Il nous faut, avant tout, faire une distinction importante suivant que le col est largement *ouvert* ou *fermé*.

I. *Dans le premier cas*, c'est-à-dire si le col permet facilement l'introduction de *deux* doigts au moins (condition in-

(1) *Loc. cit.*

dispensable, pour pratiquer *rapidement*, point capital ici, le curage digital) il faut dès que la perte de sang constitue un danger sérieux, faire, de suite, l'*extraction digitale* du délivre : l'évacuation de l'utérus étant le moyen le plus sûr d'arrêter définitivement le sang. Si l'on éprouve quelques difficultés, il ne faut pas *prolonger* ses tentatives, de peur de renouveler ou d'augmenter l'hémorragie, mais faire sans tarder le tamponnement vaginal ou utérin.

A-t-on le temps et les instruments nécessaires (une pince longue, une ou deux valves de *Sims* ou de *Simon*, un spéculum, au besoin, suffisent) il sera préférable de pratiquer le *tamponnement utérin*, lequel aura du moins l'avantage de maintenir et même d'augmenter la dilatation du col. Sinon on se contentera du *tamponnement vaginal obstétrical*, c'est-à-dire pratiqué suivant les règles et avec les précautions que recommandent les auteurs.

II. Si le col est *fermé*, ou *insuffisamment dilaté*, il y a lieu, encore ici de distinguer deux cas.

Ou bien l'on a affaire à une de ces hémorragies, quelquefois foudroyantes, qui surviennent *dès les premières heures* ou *dans la première journée de la rétention*, et qui exigent d'être immédiatement tarées, sous peine d'accidents de la plus haute gravité : on n'hésitera pas, dans ce cas, à faire le *tamponnement vaginal*. Si l'on est pris à l'improviste on se servira des objets que l'on aura sous la main : ouate, mouchoirs, serviettes de toile, que l'on trempera au préalable, pendant plusieurs minutes dans l'eau bouillante : le point important étant ici de parer *au plus pressé*.

Le tamponnement a, dans ce cas, l'avantage précieux de permettre au médecin d'attendre, de relever les forces de la malade et de la mettre ainsi en état de supporter ultérieure-

ment, s'il est nécessaire, une intervention plus active. Nous croyons, en effet, qu'il est préférable, si le tamponnement n'a pas sensiblement modifié l'état des choses, de ne pas le renouveler et de faire, après avoir dilaté le col, la délivrance artificielle.

Ou bien, et c'est le cas le plus fréquent, il s'agit d'une femme qui, après sa fausse couche à attendu, en vain, trois, quatre, cinq jours que sa délivrance se fasse et qui a depuis, d'une façon à peine discontinue, des pertes, peu abondantes, mais répétées, qui l'ont insensiblement réduite à un état de faiblesse et d'anémie extrême.

Ici, le tamponnement nous paraît contre-indiqué, et pour plusieurs raisons : outre, en effet, qu'il est naturel de craindre, étant donné la durée de la rétention, que celle-ci ne soit due à des adhérences anormales, contre lesquelles le tamponnement restera impuissant, il faut également savoir, que le plus souvent les hémorragies de cette nature sont le fait de simples *débris* de membranes, de caduque épaissie, ou de placenta, que seuls, le doigt et la curette réussiront à détacher. De plus, le temps presse, en pareil cas, car l'infection guette, et nous avons vu combien souvent l'hémorragie frayait, pour ainsi dire, la voie à la septicémie. Nos observations VIII et IX en sont une nouvelle preuve.

•
OBSERVATION II (inédite)

D... Zulma, 26 ans, domestique, entre à la maternité de Lariboisière, le 11 juin 1895 pour une fausse couche.

C'est une femme, habituellement bien portante, qui a déjà eu deux enfants, vivants et venus à terme. Elle a fait, en outre,

un avortement de 2 mois $1/2$, il y a 4 ans, sans cause connue. Elle n'est ni syphilitique ni tuberculeuse.

Elle est devenue enceinte pour la 3^e fois, en mars dernier (les dernières règles ont eu lieu du 1^{er} au 4 mars).

Le 22 mai, elle a commencé à perdre un peu de sang, chaque jour, jusqu'au 3 juin, mais elle continuait néanmoins son travail.

Le 3 juin, brusquement, elle eut une forte hémorragie avec caillots, qui cessa à peu près complètement les jours suivants, pour revenir, avec autant d'abondance le 10 juin. La perte *continua toute la journée et la nuit* ; elle perdit beaucoup de sang liquide et de caillots. Elle se couche et appelle un médecin qui l'envoie à l'hôpital.

A son entrée, elle est extrêmement pâle, presque exsangue, très abattue, la peau froide. Elle perd beaucoup, le linge est taché de sang. Le col est largement ouvert, jusqu'à l'orifice interne, où on sent un placenta, en parti décollé. On s'occupe de réchauffer la malade ; on donne immédiatement deux injections intra-utérines *chaudes*, qui diminuent l'hémorragie. Une demi-heure après, la femme reperd : on pratique alors la délivrance artificielle digitale. Le placenta adhérait assez fortement au fond de l'utérus ; on retire ensuite des débris de caduque épaissie. Le placenta pèse 50 gr. il n'est pas putréfié : l'insertion du cordon est nettement visible au centre.

Injection intra-utérine. Tampon vaginal à la gaze iodoformée.

La température est toujours restée normale.

La malade sort le 19, sur sa demande : elle est encore très pâle.

OBSERVATION III (inédite).

Sol..., 32 ans, blanchisseuse.

Cette femme, d'une santé vigoureuse, a eu déjà un enfant, venu à terme, qui vit encore actuellement. Elle n'a plus vu ses règles depuis le mois de septembre dernier.

Le 4 décembre, sans cause appréciable, elle est prise de coliques violentes et perd un peu de sang ; le lendemain métrorrhagie abondante avec caillots.

Le 6, un médecin appelé touche la femme et constate que l'avortement n'est pas encore fait. Celui-ci se produit dans la nuit, vers 3 h. du matin. Le 7. La malade perd en grande abondance, mais la délivrance ne se produit pas. On transporte la malade à l'hôpital où elle entre, à 10 h. du matin. Elle est extrêmement pâle mais ne perd plus. La température ne dépasse pas la normale.

Le col est *largement ouvert*, admet *deux doigts*. Mlle Michel, sage-femme de garde, pratique la *délivrance artificielle*. Elle pénètre sans difficulté jusqu'au fond de l'utérus et extrait le placenta, encore presque complètement adhérent.

L'hémorrhagie cesse alors *définitivement*.

OBSERVATION IV (inédite).

Ric., 29 ans, lingère, entre à la Maternité de Lariboisière, le 15 juin, à minuit, sur le point de faire une fausse couche.

Elle a déjà eu cinq enfants, dont trois sont morts en bas âge.

Elle est actuellement enceinte de 5 mois environ. Elle n'a pas vu depuis le 5 janvier 1895.

Depuis un mois, elle a perdu un peu de sang, à différentes reprises.

Le 10 juin, perte assez abondante qui continue malgré deux injections chaudes.

Un médecin appelé prescrit des pilules et des gouttes sans résultat.

L'hémorrhagie continue les jours suivants. Le 15 juin, elle est prise de douleurs qui vont en augmentant d'intensité.

A son arrivée on constate les signes suivants : Utérus remon-

tant à peu près au niveau de l'ombilic; battements fœtaux faibles. Col presque entièrement effacé. Petit sommet engagé.

A 2 heures 3/4, expulsion d'un fœtus mort-né, de 5 mois.

Petite hémorragie, arrêtée par deux injections intra-utérines chaudes.

La délivrance tarde à se faire.

A 10 heures du matin, *violente hémorragie*. Menaces de syncope. On fait des injections de caféine et d'éther. Le placenta est dans le col. On pratique de suite la délivrance artificielle; quelques cotyledons, restes adhérents sur la face postérieure de l'utérus sont décollés avec le doigt.

Le placenta pèse 260 gr.

On pratique une injection intra-utérine. L'hémorragie s'arrête complètement.

OBSERVATION V (inédite).

Gil..., couturière, 27 ans.

Erysipèle à 15 ans, suivie d'anasarque et d'albuminurie. A été soumis, à la suite, au régime lacté pendant six mois.

Elle a déjà eu trois grossesses. La première et la dernière auraient été marquées par une hémorragie abondante de la délivrance.

La deuxième, a été suivie d'accidents péritonéaux ayant duré plusieurs semaines.

En 1894, elle a fait une fausse couche de trois mois, de cause douteuse.

Le 24 novembre, elle vient de faire une fausse-couche de *deux mois et demi environ*.

La délivrance ne s'est pas faite. Depuis ce moment elle a perdu, à plusieurs reprises, en grande abondance.

Elle entre le 26 novembre au soir, perdant encore du sang

en grande quantité. Elle est pâle, très anémiée ; la température est normale.

A travers le col, qui admet facilement *deux* doigts on sent le placenta, faisant en partie saillie. On introduit la main dans le vagin, deux doigts au fond de l'utérus et on décolle le placenta, encore adhérent. Il est extrait aisément. Il paraît complet, mais est déchiqueté légèrement. Il n'y a pas de membranes. On pratique ensuite un écouvillonnage à la glycérine créosotée.

OBSERVATION VI (inédite).

Br..., 42 ans, charbonnière, entre à la Maternité de Lariboisière, le 24 novembre à 8 heures du soir.

Elle a déjà eu deux grossesses, menées à terme.

Elle a fait, chez elle, le matin même, une fausse-couche de deux mois et demi, à la suite de laquelle, elle a été prise d'une hémorragie très abondante. Un médecin appelé, la fait transporter à l'hôpital sans la toucher.

A son entrée, elle est très pâle, perd encore abondamment. Le col est ouvert ; il admet trois doigts à l'orifice interne. On pratique l'*extraction digitale* du placenta, incomplètement décollé. L'hémorragie s'arrête alors, et on se contente de faire ensuite une injection intra-utérine.

OBSERVATION VII (inédite).

Grat... 37 ans,

Réglée à 11 ans, toujours régulièrement.

A fait une fièvre typhoïde, à 18 ans.

Elle a déjà eu *onze grossesses*, dont *trois* seulement furent menées à terme ; les enfants vinrent au monde vivants, mais sauf *un* seul, moururent dans le cours de la première année.

Une seule se termina par un accouchement prématuré à 7 mois, d'un enfant macéré.

Toutes les autres donnèrent lieu à des fausses couches.

Lors de la 11^e grossesse, en 1894, un chirurgien qu'elle alla consulter lui aurait dit qu'elle avait une retroflexion de la matrice.

Elle devient enceinte pour la 12^e fois, en janvier 1895. Sauf des vomissements abondants au début, tout alla bien jusqu'en avril. A ce moment, elle commença à souffrir du ventre et à éprouver de la difficulté pour uriner. Elle a de fréquentes envies et se lève plusieurs fois la nuit pour uriner.

Le 8 avril, pendant la nuit, elle est prise d'une violente envie qu'elle ne peut satisfaire. Douleurs intolérables dans le bas ventre.

Elle entre à la Maternité le 9 au matin.

La vessie remonte jusqu'à l'ombilic et se dessine nettement sous la paroi abdominale.

Au toucher, on trouve une tumeur dure, arrondie, occupant presque toute l'excavation et formée par le *corps* de l'utérus en *réetroflexion*. Le col est caché derrière la symphyse pubienne ; il est aplati ; l'orifice externe regarde en bas et en avant.

Sillon très prononcé entre le col et le corps.

Elle reste quelques jours à l'hôpital, puis sort d'elle-même.

Dans le commencement de mai, elle perd du sang pendant quelques jours.

Le 23 mai : violentes douleurs abdominales et métrorragie abondante, qui continua, en diminuant les jours suivants.

Le 28 mai, elle expulse, au milieu d'une forte hémorragie, un fœtus de 4 mois environ. Depuis, elle perd abondamment et arrive le 28 mai, à l'hôpital, dans un état de faiblesse et d'anémie très marqué.

Le col est béant, permet à peine l'introduction de *deux doigts*. Le placenta fait saillie au niveau de l'orifice interne. L'hémorragie continue ; la température est normale. On essaie aussitôt

de faire la délivrance artificielle, mais la malade très agitée résiste et se débat violemment. La tentative est infructueuse. On donne alors un peu de chloroforme, et l'on *extraît facilement le délivre*.

Il est applati, ratatiné et paraît profondément altéré.

Après la délivrance, l'hémorragie cesse complètement. Néanmoins la malade est dans un état syncopal subcontinue. Le pouls est très faible. On pratique des injections d'éther et de caféine, mais son état ne s'améliore réellement qu'une demi-heure après.

OBSERVATION VIII (inédite)

Br..., Marie, 29 ans, épicière.

Réglée à 13 ans, elle a eu depuis, quatre grossesses, dont trois se sont terminées normalement à terme. Les enfants vivent et se portent bien.

La deuxième s'est terminée par une fausse couche de 4 mois, dont la cause est inconnue.

En octobre 1893, elle devient enceinte pour la cinquième fois. Elle n'a pas eu ses règles depuis le 2 octobre. Tout alla bien jusqu'au 8 décembre. Ce jour-là, pendant son travail, elle est prise d'une métrorragie abondante, sans douleurs, qui s'arrête au bout de quelques heures. Le lendemain, elle se sent mal à l'aise, mais ne perd plus. Ayant un léger état gastrique, elle prend, sur le conseil de son mari, *quinze grammes* environ d'eau-de-vie allemande. Le jour suivant elle recommence à perdre abondamment et rend quelques caillots. Elle éprouve, en même temps, de violentes coliques.

Le soir même, un médecin, mandé, examine les caillots, touche la femme, annonce que la fausse couche est faite et prescrit des injections vaginales chaudes au sublimé.

Les jours suivants, l'hémorragie continue, assez abondante, malgré les injections.

On fait venir alors un deuxième médecin qui examine et touche la femme, reconnaît que la délivrance est incomplète et ordonne le transfert de la malade à l'hôpital.

A son arrivée, le 3 janvier à 11 heures du soir, à la Maternité de Lariboisière, elle est extrêmement pâle; les téguments sont presque entièrement décolorés, le teint est livide; le pouls est très faible et fréquent; elle a des menaces continuelles de syncope. L'hémorragie est insignifiante. La température est de 38.4.

Le col est perméable à un doigt, mais on atteint sans difficulté le fond de l'utérus qui paraît vide. On prescrit des injections intra-utérines, au sublimé. On s'efforce de ranimer la malade par tous les moyens.

Dans la nuit, elle éprouve quelques frissons, mais ne perd plus.

Le 4, au matin, la température atteint 38.1. A la visite, M. Maygrier, examine la femme; le col est entièrement perméable à un doigt qui atteint le fond de l'utérus très facilement. On sent quelques inégalités sur la face postérieure. Le doigt ramène de *rare débris, ayant une légère odeur*. La malade étant extrêmement faible, on n'ose la bouger et on se contente de faire un grand lavage intra-utérin au sublimé.

A 2 heures de l'après-midi. Grand frisson. Température de 39.2. Injection intra-utérine au permanganate. Alcool, piqûres d'éther.

A 5 heures 1/2, nouvelle injection intra-utérine, qui ne ramène aucun débris. Le col est toujours très entr'ouvert.

On pratique une injection sous-cutanée de 200 grammes de sérum artificiel.

Le 5 au matin, Température 39.8. Faiblesse toujours très grande. Nouvelle injection de sérum, de 300 grammes:

Nausées; vomissements.

Le 6. La température est descendue à 37.6. Amélioration sensible de l'état général, faiblesse toujours considérable.

Le 7. La journée avait été bonne, mais à minuit violent frisson; température de 40°.

Abdomen et utérus nullement douloureux. L'auscultation des poumons et du cœur n'indiqué aucune lésion. L'état général est mauvais. *Dyspnée très vive*. Rien aux poumons ni au cœur.

Le 9. Grande faiblesse. Dyspnée excessive, soulagée momentanément par les inhalations d'oxygène.

La malade vomit tout ce qu'elle prend. Il n'existe aucun signe pouvant indiquer une localisation de l'infection.

Pouls petit, fréquent, faible mais régulier.

Le 10. A 4 heures du matin; nouveau frisson. Dyspnée toujours très marquée. Ventre à peine douloureux. Bref, la septicémie fait des progrès rapides, on constate bientôt une *phlegmatia* du membre inférieur droit, en même temps qu'apparaissent des foyers de râles et de souffles dans les deux poumons. La malade, est transportée sur sa demande, dans sa famille, et succombe le lendemain matin.

Ainsi, cette malade, déjà épuisée par des hémorragies abondantes, n'a pu faire les frais d'une infection qui pourtant paraissait légère. Celle-ci, malgré des soins répétés, évoluant sur un terrain particulièrement favorable, a suivi son cours, régulier sinon rapide, jusqu'à la terminaison fatale.

On remarquera, en outre, qu'il ne restait dans la cavité utérine que des *débris* placentaires, qui néanmoins ont été la cause d'une septicémie mortelle. On voit donc l'importance de faire une évacuation utérine aussi complète que possible; c'est pourquoi, même dans les cas d'hémorragie, si l'on a des raisons spéciales de craindre l'infection, il sera prudent de faire suivre la délivrance artificielle d'un écouvillonnage soigneux.

Dans le cas que nous rapportons, l'état très grave de la malade à son arrivée, a empêché de suivre cette conduite,

car le simple changement de position, nécessaire pour mettre la malade en travers du lit, aurait pu produire une syncope mortelle.

Quoiqu'il en soit, ce fait montre la gravité toute particulière de la septicémie, lorsqu'elle se développe sur un organisme déjà débilité par l'hémorragie, aussi bien que la nécessité d'un traitement radical en pareil cas.

OBSERVATION IX (inédite).

P..., Mélanie, 30 ans, journalière, entre à la Maternité de Lariboisière le 27 mai 1893.

Cette femme, sans antécédents pulmonaires ni spécifiques, à déjà eu deux accouchements à termes, qui n'ont présenté rien de spécial.

Devenue enceinte pour la troisième fois, vers la fin de janvier (les dernières règles ont eu lieu vers le 20) elle a perdu le 20 février quelques glaires sanguinolentes.

Le 22 mai, elle a fait chez elle sans cause connue, une fausse couche de quatre mois environ suivie d'une *hémorragie abondante*. La malade voulant néanmoins se lever est prise d'une syncope.

Les jours suivants l'*hémorragie persiste*, la malade continuant cependant de vaquer à ses occupations.

Elle se décide enfin à entrer à l'hôpital, le 27 mai. A son arrivée, elle est extrêmement pâle, presque exsangue, les vêtements et les linges sont tachés de sang.

Le vagin est rempli de caillots, le col entr'ouvert laisse pénétrer un doigt à peine ; on sent à travers l'orifice interne des débris placentaires.

La température est de 38° 2.

En présence de l'hémorragie persistante, de l'état général mauvais on fait immédiatement; un *curettage* suivi d'un *écouvillonnage* à la glycérine créosotée. La curette ramène par fragments le placenta décollé seulement en partie. Tamponnement intra-utérin iodoformé.

Après le curettage, légers frissons, température 38° 8.

Le 28, température 37° 8 matin ; 38° soir.

Le 29, température matin 37° 6. Mais à 11 heures 1/2, *violent frisson*, température 40° 4. On retire le tampon pour pratiquera une irrigation intra-utérine ; sulfate de quinine 1 gram.

Le soir température 40°.

Le 30 température matin 37° 4 ; mais vers 10 heures le thermomètre monte brusquement à 40° 4. Injection intra-utérine : quinine 1 gramme.

Le soir température 39° 2.

Le facies est extrêmement pâle, le ventre non douloureux, le pouls rapide et petit.

Au cœur, on perçoit à la pointe et au premier temps un *souffle* rude et vers la base à gauche un *frottement*, signes évidents d'une *endo-péricardite* commençante.

Le 31 température matin 36° 6 ; le soir 37°. Même traitement.

Le 1^{er} juin, température matin 36° 8 ; le soir, à 5 heures 1/2, *violent frisson*, température 40°. Les signes d'endo-péricardite s'accusent davantage : le souffle et les frottements sont plus rudes. Ventouses scarifiées.

A partir de ce moment, la température descend pour ne plus remonter, sauf une légère ascension le 7, en rapport avec des accidents passagers d'*intoxication mercurielle*, due aux injections répétées de sublimé. La malade présentait une stomatite et une amygdalite intenses avec fausses membranes : celles-ci ont donné des cultures abondantes de *streptocoques*.

Les phénomènes abdominaux s'atténuent complètement.

Le 16 juin, le ventre n'est plus douloureux ; l'état général est

bon. Au cœur le souffle rude du premier temps persiste ; le frottement n'existe plus. Le pouls est fort et régulier.

La malade sort le lendemain en assez bon état.

Ici, la curette et l'écouvillon *paraissent* avoir contribué à généraliser l'infection. Néanmoins, on le voit, le remède, en supposant le fait démontré, est à côté du mal, car, nous le dirons plus tard, s'il est vrai que le curettage ouvre des portes à l'infection, il n'est pas moins vrai également que, complété par l'écouvillonnage, il réussit mieux que *tout autre* moyen, à vider *la cavité* utérin des germes qu'elle contient.

D'ailleurs, malgré cette complication, le résultat, contrairement à celui de l'observation précédente, n'en a pas moins été bon.

Dans ces deux dernières observations, nous venons de voir l'hémorragie faire le lit, si l'on nous permet cette expression, de la septicémie : elles nous serviront de transition naturelle aux cas que nous allons aborder maintenant, dans lesquels celle-ci joue le premier et le principal rôle.

§ II. — TRAITEMENT DE LA SEPTICÉMIE POST-ABORTIVE.

Lorsque les signes habituels, fétidité des lochies, élévation de la température, frissons, ont révélé la présence de *l'infection*, l'intervention, de l'aveu de tous, s'impose.

Mais si l'on ne constate qu'une *légère odeur*, désagréable, plutôt que fétide, (comme il arrive souvent) que convient-il de faire ?

Doit-on attendre l'apparition de symptômes plus significatifs, ou agir de suite ? C'est, selon nous, ce dernier parti

qu'il faut suivre, sans hésiter. Qu'on se reporte, en effet, à nos observations xxxviii et xxxix, et l'on verra, qu'un retard, si court soit-il, peut devenir la cause d'accidents sérieux.

Pendant longtemps (1), et jusqu'en ces dernières années, les *injections intra-utérines*, abondantes et répétées, faites avec un liquide antiseptique ont été la seule arme, que nos Maîtres autorisaient pour combattre cette grave complication. Mais depuis, l'intervention active a fait de rapides progrès. Déjà en 1891-92, deux thèses, inspirées l'une (2) par M. le Professeur *Tarnier*, l'autre (3) par M. le Professeur *Pinard* concordent absolument à conseiller l'extraction digitale du placenta, dans les cas de *septicémie grave*. La thèse de *Brion* qui date de 1893, inspirée par M^r Pinard, aboutit à la même conclusion (4).

Dans son dernier ouvrage (5), paru en 1893, M. le Professeur *Tarnier* constatant « que cette complication exige une *intervention active* dont l'objectif est l'évacuation de l'utérus » n'admet les injections utérines *qu'au début*, « alors que les microbes n'ont pas encore envahi la profondeur des cotyledons placentaires ». D'ailleurs, si l'amélioration qu'elles procurent (comme il arrive souvent) est nulle ou passagère « *il n'y a*, dit-il, *qu'une conduite logique, c'est d'extraire le placenta.* »

Depuis cette époque (les leçons réunies dans l'ouvrage cité ont été faites en 1892), l'éminent Professeur, nous le savons de bonne source est devenu plus interventionniste.

(1) TARNIER et BUDIN. *Tr. d'accouch.*, tome II.

(2) VIBERT. Thèse de Paris, 1891.

(3) BOURGOGNE, thèse de Paris, 1891.

(4) BRION. Thèse de Paris, 1893.

(5) *Asepsie et Antis.* loc. cit.

M^r Demelin, son distingué chef de clinique, durant ces trois dernières années a « bien voulu nous communiquer la règle de conduite, qu'il tenait, dans ces cas, avec l'entière approbation de son Maître. « Chaque fois, nous disait-il, que je me suis « trouvé en présence d'une femme venant de faire une fausse « couche et dont le délivre était retenu, je n'ai pas hésité, dès « que je constatais des signes d'infection, à pratiquer aussi- « tôt qu'il m'était possible, l'évacuation de l'utérus avec les « doigts. »

C'est, du reste, ainsi qu'il ressort de la discussion qui s'est élevée à ce sujet, au *Congrès de la Société obstétricale de France*, de l'année 1893, la pratique, admise d'une façon à peu près unanime, par les Accoucheurs.

Les opinions ne diffèrent que sur un point. Les uns (Charpentier, Rivière, Doleris) se servent *exclusivement* de la curette : les autres (Tarnier, Budin, Champetier etc. préfèrent le *curage digital* et ne pratiquent, qu'accessoirement et à titre complémentaire, le curettage instrumental.

C'est aussi la règle, qui est suivie couramment dans le service de notre Maître, à la Maternité de Lariboisière. Dès qu'apparaissent les symptômes révélateurs de l'infection, l'intervention active est pratiquée. Si le col est *suffisamment ouvert*, si la cavité utérine est entièrement perméable à deux doigts au moins, on pratique de suite le *curage digital*. Dans le cas contraire, on dilate l'utérus au préalable. Et cela de deux façons différentes, suivant les indications.

Lorsque l'état général de la femme est bon, que l'infection ne semble pas gravement menaçante, on se contente d'introduire dans le col quelques tiges de laminaire, ou, si c'est possible un ballon de *Barnes*, ou de *Champetier*

(petit modèle) et dès que la dilatation paraît suffisante, on procède au curage digital.

Si le temps presse, si, surtout la femme semble déjà épuisée par l'hémorragie, si enfin la septicémie se déclare avec de bruyants symptômes (frissons violents et répétés, température élevée) on n'hésite pas à pratiquer, sous le chloroforme la dilatation *extemporanée* du col, au moyen des bougies d'Hégar.

Cette *large dilatation*, sur la nécessité de laquelle insiste notre Maître, a l'avantage de transformer la cavité utérine en une sorte de vaste doigt de gant, dont l'indicateur peut à son aise explorer les contours. Grâce à elle il peut facilement rectifier ou compléter le diagnostic, apprécier exactement l'épaisseur et la résistance des parois utérines. Elle permet surtout, d'extraire avec la plus grande commodité, en recourbant les doigts en crochet, des morceaux volumineux de placenta, et même le délivre entier, qu'on eût été, autrement, obligé d'enlever par lambeaux et dont on eût risqué, de laisser des débris dans la cavité utérine.

Cette façon de faire est de beaucoup préférable au *curettage d'emblée*, sans dilatation préalable, qui, exécuté toujours au hasard, sans le contrôle du doigt, est le plus souvent incomplet. Sans parler du cas, curieux autant qu'exceptionnel de MosER qui eut le regret, au lendemain d'un curettage soigneux de voir sortir de l'utérus un fœtus de *six centimètres sans jambes*, il n'est pas rare, de constater, dans les jours qui suivent un curettage pratiqué dans ces conditions, l'expulsion de débris assez volumineux de placenta et de membranes.

La curette, en effet, même tranchante, glisse souvent sur

la surface du placenta, surtout quand il est entier et adhérent, sans l'entamer. Et si l'on veut, pour éviter cet accident et la faire mordre, déployer une certaine force, on s'expose au danger de perforation. Car il ne faut pas toujours compter, ici comme dans le cas d'endométrite avec hyperplasie scléreuse, sur le *cri utérin* pour être averti qu'on est arrivé, sur la fibre musculaire, les parois utérines étant le plus souvent, dans les cas de septicémie post-abortive, plus ou moins ramollies et friables. C'est pourquoi le doigt « avec sa sensibilité, tactile « qui lui permet d'explorer la cavité utérine, d'y *voir*, pour « ainsi dire, est bien supérieur à tous les instruments (1). »

Néanmoins il arrive quelquefois par suite d'une endométrite, d'une dégénérescence deciduo-sarcomateuse du placenta, ou pour toute autre cause, que l'adhérence de celui-ci à la paroi est telle que les doigts et même l'ongle ne peuvent le décoller.

C'est alors qu'il y aura tout avantage à recourir à l'instrument de Récamier que l'on fait agir, suivant le conseil de *Bonnaire* (2), sous le contrôle immédiat d'un doigt introduit à côté de l'instrument dans la cavité utérine.

L'emploi de la curette sera *surtout* indiqué, lorsqu'il s'agira de la rétention de débris du placenta ou de caduque, fortement adhérents (cas dont nous avons vu plus haut (3) la fréquence) qu'il ne faudrait pas laisser aux injections intra-utérines le soin d'expulser, car ces débris, pour insignifiants qu'ils paraissent, sont souvent la cause d'accidents septiques des

(■) TARNIER, *Loc. cit.* p. 515.

(1) BLANC. *Rétention placentaire par deciduo-sarcome Soc. obst. de Paris*, 10 décembre 91.

(2) *Tribune Médicale*, 94, p. 569.

(3) Chapitre I.

plus graves (1), au point parfois de faire errer le diagnostic. Cf. observ.)

Enfin, lorsque les doigts auront pratiqué aussi complètement que possible le curage de la cavité utérine, il ne faut pas, à notre avis, négliger de compléter leur œuvre par un curettage soigneux. Bumm (2) et Peraire (3) en effet, ont montré que dans les endométrites puerpérales, les microorganismes résident pendant un certain temps dans la couche *superficielle* de la muqueuse utérine : il paraît donc logique, pour balayer les germes d'enlever par le raclage, cette zone superficielle, siège de leur repullulation.

M. Oui (de Bordeaux) en rapporte un exemple bien suggestif. Il cite le cas d'une de ses malades, chez laquelle, après un avortement incomplet, il avait pratiqué un *curage digital* aussi complet que possible, sans curettage, dès le début de la putréfaction, et qui, néanmoins, malgré les injections intra-utérines, eut de la température pendant trois jours. Or, ayant eu l'occasion de la revoir quelque temps après, il constata chez elle des signes nets d'*endométrite* et de *salpingo-ovarite*, heureusement légère, mais qui ne nécessitèrent pas moins un repos prolongé et pénible (4).

C'est pourquoi il sera toujours avantageux de compléter avec la curette le nettoyage de la cavité utérine ; en outre, comme on ne peut espérer, même par ce moyen, atteindre et enlever tous les germes, il convient, pour achever leur destruction, de pratiquer ensuite un soigneux *écouvillonnage* à

(1) CHARPENTIER. Soc. Obst. 20 décembre 92.

(2) Ann. de Gynec. Juin 92.

(3) PERAIRE. Thèse de Paris, 89.

(4) Ann. de Gynec. 1895, p. 157.

la glycérine créosotée au tiers, et de terminer par un *tamponnement* à la gaze iodoformée, qui sert en quelque sorte de drain, et maintient la cavité utérine en état d'*asepsie*.

Lorsque l'infection a dépassé les limites que l'instrument peut atteindre, lorsque la septicémie s'est déjà généralisée depuis un certain temps, qu'il y a de la péritonite, des foyers de péri et de parométrite, doit-on curetter quand même ?

Les avis des auteurs sont différents. Les uns craignant que la curette, par le traumatisme qu'elle produit, ne contribue à généraliser une infection qui tendrait peut-être à se localiser, ou à lancer dans l'organisme par les « *bouches d'absorption* » qu'elle ouvre sur son passage, de nouvelles décharges bactériennes ou toxiques, préfèrent s'abstenir.

Les autres, considérant qu'il y a tout avantage à supprimer au plus vite, le foyer utérin, l'*endométrite septique*, base de répullulation des microorganismes, qui est le point de départ de l'intoxication générale et qui sert d'origine et d'aliment aux foyers secondaires péri-utérins, voient au contraire dans la gravité de ces cas, une nouvelle et plus formelle indication du curettage. — Nous laissons à de plus compétents le soin de trancher le débat.

Ainsi pratiqué et fait *à temps*, le *curage utérin digital et instrumental* réussit le plus souvent à enrayer les accidents : la température baisse d'ordinaire soit immédiatement, soit après une brusque mais passagère élévation survenant une ou plusieurs heures après le curettage : ainsi que tous les auteurs, nous avons fréquemment noté ce fait, qui n'a rien d'effrayant, dans nos observations. — Parfois, après une courte accalmie, la fièvre reparait (nous en citons des exemples) et l'état redevient mauvais. On doit craindre alors, que

le curage utérin n'ait été *incomplet*, auquel cas un nouvel écouvillonnage sera le meilleur remède et assurera définitivement la guérison.

Dans d'autres cas, malheureusement lorsque l'intervention aura été trop tardive, l'état des choses s'en trouve à peine modifié, et la septicémie, après des péripéties plus ou moins nombreuses, aboutit constamment à son terme fatal. Il en est trop souvent ainsi, quand même l'intervention à suivre *de près* l'éclosion des accidents septiques, lorsqu'il s'agit *d'avortements criminels*. Sur les *cinq cas* que nous rapportons, suivis de mort malgré l'intervention, *trois* (Obs. XXI, XXII et XXXIII) ont été *certainement* (les malades ayant fait des aveux *in extremis*), les *deux autres très probablement* (cas de perforation utérine, obs. XVI et XVII) provoqués par des manœuvres *abortives*.

OBSERVATION X (inédite).

Gad.,. 22 ans, corsetière.

Réglée irrégulièrement à 15 ans, cette femme a fait un accouchement antérieur, à terme l'année précédente.

Etant enceinte de deux mois et demi environ, elle a fait chez elle le 22 janvier, un avortement. Elle a perdu depuis en abondance, et arrive à l'hôpital le 25 janvier à *deux heures* du matin.

Le facies est pâle. *Elle n'a pas de température* ; néanmoins *les lochies sont extrêmement fétides*.

Par le toucher on sent un lambeau de membranes qui pend à travers le col, largement entr'ouvert. Le doigt ne sent pas de débris placentaires.

Au spéculum le col est gros, exulcéré (col de métrite). On pratique le curettage de la cavité utérine ; les membranes se détachent facilement.

Irrigation. Ecouvillonnage créosoté. Tamponnement utérin.
Le surlendemain, le tampon est retiré : il n'a pas d'odeur,
Jamais d'élévation de température.
Sortie en bon état le 12 février.

OBSERVATION XI (inédite).

Bo..., sans profession, 28 ans.

Cette femme, qui a déjà eu précédemment 3 enfants, dont elle a accouché à terme, est devenue enceinte pour la 4^e fois, vers la fin de juillet dernier.

Elle nous raconte qu'en septembre elle a fait une chute brusque sur une banquette d'omnibus (?) à la suite de laquelle elle aurait commencé à perdre du sang. L'écoulement, abondant les premières heures, diminua peu à peu et disparut entièrement les jours suivants.

Le 30 novembre, dans la journée, sans cause, elle perdit des eaux en assez grande quantité, et le lendemain elle expulsa chez elle un fœtus de 3 mois 1/2 environ.

Elle entre le 2 décembre à la Maternité de Lariboisière sans avoir été délivrée. Elle a perdu une quantité considérable de sang depuis sa fausse couche ; l'hémorragie persiste encore au moment de son arrivée, mais cède momentanément aux injections chaudes.

Le col utérin, *déjà réformé* est cependant perméable ; l'orifice externe admet à peu près deux doigts.

Le thermomètre indique 38.4.

On pratique, de suite, l'*extraction manuelle* du délivre, encore adhérent au fond de l'utérus. On le décolle et on l'extraît facilement, malgré une légère résistance de l'orifice interne. Il est complet avec les membranes. A la suite, lavage utérin à la solution faible de sublimé.

On complète le nettoyage de l'utérus par quelques coups de curette. Néanmoins, trois heures après, la température atteint 39.2, mais l'état *général est excellent*; le ventre n'est nullement douloureux. On pratique une injection intra-utérine abondante au *permanganate*.

Le lendemain matin, la température est revenue définitivement, à 37.4.

La malade sort en bon état, le 8 octobre.

OBSERVATION XII (inédite).

He..., ménagère, entre le 7 juillet à la Maternité de Lariboisière.

C'est une femme bien portante, qui n'a jamais fait de maladie sérieuse.

Elle ne présente pas de traces de syphilis; l'interrogatoire est également négatif à ce point de vue. Elle n'a jamais eu de métrite; son urine est normale.

Elle a fait une première grossesse en 1887, qui s'est terminée régulièrement. Depuis elle est devenue plusieurs fois enceinte, des œuvres d'un second mari, nettement spécifique, et a accouché en 1890, d'un enfant mort; en 1891, d'un enfant mort-né; en 1892, d'une fille actuellement bien portante.

En juin 1895, elle vient à la consultation externe: on constate des signes d'une grossesse non douteuse de trois mois environ.

Elle revient le 7 juillet, se plaignant de violentes douleurs de ventre. Elle a perdu depuis la veille un peu de sang, *sans caillots*.

Le col est long, ramolli et perméable à l'orifice externe à un seul doigt. L'orifice interne est fermé.

L'utérus remonte jusqu'à un travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Il n'y a pas de mouvements actifs. Auscultation néga-

tive. Il est difficile de savoir si l'avortement a eu lieu : la femme affirme qu'elle n'a rien expulsé.

On prescrit un lavement laudanisé qui diminue les douleurs, mais néanmoins la femme perd continuellement du sang mais en petite quantité. La température est normale.

8 juillet — Le col est entr'ouvert ; le doigt ramène des débris très fétides ; le thermomètre est monté dans la matinée à 38° 2, mais il n'y a pas eu de frissons, le ventre est douloureux. Le diagnostic hésite entre la rétention d'un fœtus ou d'un placenta putréfié. On introduit un ballon Champetier, petit modèle, qui est expulsé le lendemain matin.

Le 9, température 39° 6.

La dilatation étant suffisante, on pratique *le curettage*. L'instrument *ne ramène que des débris placentaires* très fétides.

On fait, à la suite un grand lavage intra-utérin, au sublimé, et un tamponnement à la gaze iodoformée.

Le 10, la température du matin et du soir est de 38°. On fait deux injections intra-utérines.

Le 11. On trouve dans le vagin un *morceau assez volumineux de placenta que la curette avait respecté*. (On n'avait point fait, contre l'habitude, de curage digital).

A partir de ce moment, la température descend définitivement à la normale.

OBSERVATION XIII (inédite)

For....., ménagère, 36 ans.

Cette femme, étant enceinte, pour la 7^e fois, de deux mois 1/2 environ, a avorté chez elle, *trois jours* auparavant.

A son entrée à la maternité de Lariboisière, le 3 janvier, elle a de la fièvre, 38.4 ; la langue est fort sèche ; les lèvres tuméfiées

et couvertes de fuliginosités ; l'haleine est fétide ; l'appétit nul et l'état général mauvais.

Les lochies sont *extrêmement fétides*, grisâtre ; le ventre à peine douloureux.

Le col est largement ouvert ; le doigt ne sent pas de placenta, on introduit alors, après une irrigation intra-utérine au sublimé, la *curette* tranchante qui ne ramène que des *lambeaux de membranes*, grisâtres et d'odeur *extrêmement fétide*.

On fait ensuite un écouvillonnage soigneux et un tamponnement utérin.

On applique, en outre, de la glace sur le ventre.

Le 4. L'état est à peu près stationnaire, cependant la langue est *un peu humide*.

La température du matin est de 37.6, et de 39,6 le soir.

On retire le tampon utérin. Injections intra-utérines 3 fois par jour.

Sulfate de quinine. Todd.

Le 5. La langue est humide et se nettoie, l'appétit revient un peu.

La température est de 37.8, le matin de 37.2 le soir.

Le 6. L'amélioration continue ; température normale.

Le 7. Le soir, mal de tête, fatigue générale, petits frissons, légère odeur des lochies : Température 38.5.

On met la femme en travers du lit et on pratique un écouvillonnage qui ramène un *débris de membrane fétide*.

A partir de ce jour, tout va bien, la température est normale. La femme sort le 12 en bon état.

OBSERVATION XIV (inédite).

R..., Marie, 36 ans.

Réglée dès l'âge de 7 ans, fort irrégulièrement, d'abord, puis normalement cette femme a déjà eu trois enfants, tous vivant encore actuellement.

Elle est devenue enceinte pour la quatrième fois, en août dernier (les dernières règles ayant eu lieu du 18 au 25 avril).

Rien de particulier jusqu'au 3 décembre.

Ce jour-là, *sans cause*, elle est prise, dit-ellé, de petites coliques, en même temps qu'elle perd un peu de sang. Elle se couche, mais les douleurs augmentent avec les pertes, et le lendemain matin, étant sur le vase, elle expulse son fœtus dans celui-ci. Son mari qu'elle appelle, coupe le cordon, et de suite, sur le conseil de sa femme, *exerce quelques tractions* sur celui-ci qui se rompt au niveau de la vulve.

La malade se recouche ne perdant que très peu. Au soir, n'étant pas encore délivrée, elle envoie chercher une sage-femme qui réclame de suite l'assistance d'un médecin. Ce dernier arrive et pratique plusieurs tentatives énergiques d'*expression utérine*, sans résultat d'ailleurs.

Le lendemain, 5, il fait prendre à 10 heures un paquet de *seigle ergoté*, revient à 11 h. 1/2, essaie une nouvelle tentative d'extraction, mais échoue également. La femme ne perd presque pas.

Le 6, à 3 heures, nouvelle tentative de délivrance par *expression* utérine, puis au moyen d'une longue *pince*; résultat nul. Devant ce dernier échec, il ordonne le transport de la malade à l'hôpital.

A son entrée, elle est pâle, très anémiée, dans un grand état de faiblesse. *Le thermomètre marque 38°5.*

Le col est dilaté comme 5 francs ; à travers les bords de l'ori-

fice externe on sent une masse placentaire, friable. Il s'écoule de la vulve un liquide sanguinolent, à *odeur fétide*.

A 6 heures du soir, sous le chloroforme on introduit les doigts facilement entre les bords du col et le champignon placentaire qui se décolle et est extrait sans aucune difficulté.

On pratique ensuite le nettoyage de la cavité utérine, au moyen de la *curette* et de l'*écouvillon*.

Après l'intervention, la température tomba à 36°8. Suites normales. La malade sort le 9 décembre.

OBSERVATION XV (inédite) (1)

Bat... 34 ans, antiquaire, entre à la maternité de Lariboisière, le 27 février 1896.

Cette pauvre femme, toujours bien réglée, a eu déjà deux enfants. Ses accouchements se sont très bien passés, mais elle dit avoir eu une métrite, à la suite du second.

Vers la fin de septembre 1895, elle a fait un avortement de 5 mois, à la suite d'une chute dans un escalier.

Devenue enceinte pour la quatrième fois, en décembre dernier, elle se plaint d'avoir beaucoup souffert, depuis cette époque, de maux de reins continuels.

Le 12 février, elle a été prise d'une légère hémorragie, qui a continué les jours suivants.

Dans la nuit du 22 février, elle a eu une forte hémorrhagie avec caillots, accompagnée de douleurs, et le 23 au matin, elle a expulsé un embryon long de 3 à 4 centimètres.

La malade continuant à souffrir, fait appeler une sage-femme, puis un médecin, qui lui ordonne des injections au sublimé, des

(1) Prise par M. Noisette, externe du service.

cataplasmes laudanisés et un lavement avec XX gouttes de laudanum.

Le 25, les pertes ont une odeur fétide, la délivrance n'est pas encore faite. Elle reste dans cet état pendant deux jours.

Le 27, ayant eu de la fièvre la nuit, elle fait de nouveau appeler son médecin qui tente, mais en vain, de faire la délivrance artificielle.

C'est alors que la malade entre à l'hôpital.

L'utérus est volumineux ; le col est assez largement entr'ouvert et dans sa cavité on sent le placenta engagé. La température est de 38°7.

On pratique sous le chloroforme, après désinfection préalable des parties génitales et du vagin, le curage *digital* qui permet de décoller les débris de l'œuf. Ce décollement s'opère facilement sauf en arrière, où le délivre adhère solidement à la paroi utérine. Les débris de l'œuf, en voie de putréfaction, exhalent une odeur fétide.

On pratique ensuite un curettage soigneux de la cavité utérine. La curette ramène encore un assez grand nombre de débris de caduque et de placenta.

La cavité utérine est ensuite cautérisée avec un tampon imbibé de teinture d'iode. On pratique un grand lavage au sublimé, puis un tamponnement à la gaze iodoformée.

Après le curettage, la température est descendue à 37°, et ne dépassa par les jours suivants 37,5.

OBSERVATION XVI (inédite)

Dufr... 22 ans, sans profession, entre à la maternité de Lariboisière, salle Perreau, le 2 décembre 1895.

(1) Nous remercions madame Ravaux, sage-femme du Pavillon d'isolement, pour les renseignements complémentaires qu'elle a bien voulu nous transmettre.

Le lendemain de son arrivée, elle a pu donner les renseignements suivants :

Au dire de la malade, les règles n'ont jamais fait défaut. Elle ne se croyait pas enceinte. Elle se rappelle avoir eu quelques nausées et de rares vomissements, auxquels elle n'attacha aucune importance.

Le 22 novembre, elle aurait perçu d'un façon obscure, des mouvements actifs, qui ne reparurent plus.

Le 30 novembre, la malade a éprouvé dans la journée plusieurs défaillances après s'être heurté le ventre dit-elle, *contre une grosse clef*, en faisant son ménage. Elle a, en outre, ressentie quelques légères douleurs abdominales, qui ne persistèrent pas.

Le 1^{er} décembre, les douleurs reparurent et augmentèrent rapidement d'intensité et de fréquence. Vers 8 heures du soir, elles revenaient environ toutes les demi-heures, accompagnées de quelques gouttes de sang.

A minuit, elle se fait conduire à l'hôpital, et pendant le trajet, perd de l'eau en assez grande quantité.

A son arrivée, le 2 décembre, à 1 heure du matin, on constate une élévation de température de 40° 9. Une odeur très fétide s'exhale des organes génitaux.

L'utérus remonte à 3 travers de doigt au-dessous de l'ombilic : le ventre est très dur, légèrement ballonné, non douloureux.

Le col présente une dilatation de deux francs, à travers laquelle on sent une petite tête.

Aucune perte de sang. L'urine est très légèrement albumineuse.

A 3 heures 1/2, la dilatation est presque complète et à 5 heures, la malade expulse un fœtus masculin mort-né, pesant 180 grammes et mesurant 22 cent. de longueur.

La délivrance a lieu quelques minutes après, sans hémorragie ; le placenta, d'aspect normal, pesait 40 grammes. Les mem-

branes étaient complètes et présentaient, en plusieurs endroits, un notable épaissement.

Fœtus et placenta répandaient une odeur infecte.

Aussitôt après l'avortement, on pratique une injection intra-utérine avec quatre litres d'eau phéniquées ; la température descend à 38° 8. — Tamponnement utérin à la gaze iodoformée. Sulfate de quinine 0, 50 cent.

Le 3 décembre, au matin, la malade est prise de vomissements verdâtres. Nouvelle injection intra-utérine à la solution iodo-indurée. Le soir, l'odeur fétide persiste ; la température est de 38. 6. On pratique alors un écouvillonnage à la glycérine créosotée, au moyen d'un tampon d'ouate, enroulée autour d'une pince longue, suivi d'une injection de permanganate et d'un tamponnement.

Le 4 décembre, la température est de 37° 8, mais le lendemain le thermomètre remonte à 39. 2. La malade, depuis le matin, est prise de vomissements verts très abondants et presque continuels. On prescrit de la glace sur le ventre, de l'opium, mais elle meurt à minuit et demi, après avoir présenté tous les symptômes d'une péritonite suraiguë.

À l'autopsie, les anses péritonéales apparaissent distendues, fortement injectées et recouvertes par places de fausses membranes fibrineuses. Elles sont agglutinées les unes aux autres, surtout dans la région qui avoisine l'utérus.

A la face postérieure de celui-ci, à droite et en haut, à un travers de doigt au-dessus du point d'abouchement de la trompe, on constate une *perforation* à peu près circulaire, large comme une pièce de vingt centimes dont les bords, légèrement déchiquetés, très friables sont peu épais. Autour de la perforation, existe un foyer purulent, tendant à s'enkyster, et contenant une bouillie noirâtre, putrilagineuse, à odeur fécaloïde. La cavité de Douglas contient également quelques cuillerées de pus.

OBSERVATION XVII (inédite)

Wol..., 27 ans, ménagère, est amenée, le 13 décembre 1895, à cinq heures du soir, à la Maternité de Lariboisière, pour une fausse couche, non suivie de délivrance.

C'est sa troisième grossesse ; les deux précédentes se sont terminées normalement, l'une à terme, l'autre à huit mois 1/2.

La malade ne se souvient pas de l'époque de ses dernières règles ; elle se croyait néanmoins enceinte de *trois mois* au moins.

Elle a fait son avortement *deux* jours auparavant, chez elle ; le délivre ne serait pas venu après le fœtus. Interrogée sur la cause de son avortement, à plusieurs reprises, la malade répond qu'elle l'ignore, et ne veut donner aucune explication.

Après sa fausse couche, elle a perdu du sang en quantité modérée. Elle n'a vu ni médecin ni sage-femme ; mais est restée au lit, en prenant plusieurs injections d'eau boriquée, dans la journée.

Le lendemain soir, elle s'est sentie prise de fièvre, a éprouvé plusieurs frissons ; avec soif vive. L'hémorragie était complètement arrêtée.

Le lendemain, son état ne s'améliorant pas, elle entre à l'hôpital.

A son arrivée, on constate immédiatement les signes d'une infection profonde. Malgré le peu d'élévation de température 38.2, le facies est très altéré, le teint est plombé, les yeux cernés, brillants ; la langue est sèche, légèrement humide seulement sur les bords. L'haleine est fétide. Le pouls assez fort et régulier est à 110. Une *odeur* infecte s'exhale des organes génitaux. Le ventre n'est que peu douloureux, au niveau du fond et des cornes utérines ; il est légèrement meteorisé, mais permet néanmoins une palpation facile ; l'utérus est augmenté de volume, remonte à deux bons travers de doigts au-dessus de la symphyse. Le col

entr'ouvert, admet deux doigts à l'orifice externe, mais on ne parvient pas à franchir l'orifice interne.

L'état général est mauvais ; il n'y a pas d'albumine dans les urines.

On s'occupe immédiatement de désinfecter les parties génitales de la femme et de tout disposer pour le curage utérin. La femme étant mise en travers du lit, M. Schwab complète avec les doigts, sous le chloroforme, la dilatation du col, et pénètre facilement dans l'utérus. Il extrait un morceau assez volumineux de placenta, qui adhérerait encore vers le fond de l'utérus, exhalant une *odeur* absolument infecte.

Ensuite, à l'aide de la curette tranchante il achève le nettoyage de la cavité utérine. L'instrument ramène des détritits putrilagineux, sentant très mauvais. On pratique une abondante irrigation intra-utérine, suivie d'un *écouvillonnage* soigneux à la glycérine créosotée avec plusieurs écouvillons de Doléris.

La femme est ensuite transportée au Pavillon d'isolement.

Vers 8 heures du soir, la température est de 39,5. La femme se plaint vivement de son ventre. Le faciès est altéré profondément ; elle est sans cesse agitée, veut se lever ; dans la nuit elle est prise d'une diarrhée abondante, liquide et très fétide.

Le ventre est douloureux, légèrement ballonné.

Le 14 au matin, le thermomètre ne marque que 36°5. Néanmoins l'agitation est plus marquée ; la diarrhée persiste ; la femme est très abattue : on prescrit du benzo-naphtol et du bismuth. On pratique de fréquentes injections vaginales, et trois injections intra-utérines dans la journée. Le liquide revient normalement.

Les signes de péritonite s'accroissent de plus en plus et la femme succombe le 15 décembre à 8 heures du matin.

A l'autopsie, pratiquée le lendemain, on trouve une perforation située sur la face postérieure de l'utérus, présentant d'une façon presque absolue, les mêmes caractères que celle de l'observation

précédente. Elle siège seulement à un centimètre environ plus bas. Tout autour, foyer purulent, adhérence des anses péritonéales ; plusieurs cuillerées de liquide louche et rougeâtre dans la cavité de Douglas ; signes de péritonite généralisée.

CHAPITRE III

De la conduite à tenir, en l'absence de complications.

En somme, dès que survient une complication par suite de l'avortement incomplet, presque tous les auteurs s'accordent à conseiller l'intervention et ne diffèrent que sur la façon de la pratiquer. Il n'en est pas de même, lorsqu'au contraire, *celui-ci ne donne lieu à aucun accident.*

Quelle conduite devons-nous tenir, en pareil cas ?

Ici nous nous trouvons en face de deux opinions bien tranchées et contradictoires.

Pour les uns (et ce sont les plus nombreux on *doit toujours attendre*, et on le peut, grâce à l'antisepsie) et laisser aux seuls efforts de la nature le soin de compléter l'avortement, quitte à intervenir à la première alarme. Pour les autres, on n'est jamais sûr, quoiqu'on fasse, de pouvoir éviter tout accident, et il vaut mieux les *prévenir* en pratiquant, *d'emblée*, l'évacuation de l'utérus au moyen de la curette.

Qui a raison ? — La question, certes, est délicate et plus complexe qu'elle ne paraît, et nous n'avons nullement (est-il besoin de le dire ?) la prétention de la trancher.

Aussi bien, croyons-nous, cependant qu'en médecine, moins qu'ailleurs, l'absolutisme n'est de mise, et qu'à vouloir être exclusif ou devient forcément inexact. Les cas d'ailleurs, dans l'espèce, par suite des circonstances toujours changeantes, sont si divers qu'ils ne se prêtent que difficilement à une clas-

sification méthodique : d'où, par conséquent, l'impossibilité de fixer des règles générales, capables de les embrasser tous. Néanmoins, il est possible d'en grouper un certain nombre, où l'intervention nous semble *naturellement, sinon formellement indiquée*.

L'expérience, en effet, apprend que certains avortements, par suite de leur *nature* ou de leur *origine* spéciale, s'accompagnent d'une façon presque constante, de complications et de complications toujours graves, que l'on aurait tort, suivant nous, de ne pas *prévenir* par une *intervention précoce*.

I

Un des premiers, notre maître (1), a montré par des observations probantes, la *fréquence* de la rétention des annexes, dans les *avortements gemellaires*, et la gravité extrême des complications qui en résultaient presque fatalement. Aux causes ordinaires de rétention, s'ajoute, en effet, dans ce cas, l'énorme volume du délivre, surtout s'il est unique. Sur *six cas*, qu'il rapporte, il y eut *six fois*, rétention placentaire. De plus, lorsqu'on laisse la rétention se prolonger, on voit rapidement éclater des accidents, toujours fort graves : sur *cinq cas* où l'on a pratiqué l'expectation la plus antiseptique, il y eut deux décès, soit 40 0/0 de mortalité. En ajoutant les cas de sa statistique personnelle à ceux de MM. Maygrier et Demelin, *Misrachi* arrive aux chiffres suivants : sur un

(1) MAYGRIER et DEMELIN. *Etude sur l'avort. gemel in Archiv. de Toc.* 1892.

total de *seize cas*, il y eut *cinq décès*, soit plus de *31 0/0*, et sur ces cinq décès, *trois* doivent être mis sur le compte de l'expectation.

Ces pourquoi, ces auteurs concluent : « Si donc, la délivrance ne suit pas de près l'expulsion du fœtus, après une « légère attente et quelques tractions sur le cordon, la conduite à tenir est toute indiquée : il faut introduire la main « dans l'utérus et faire la délivrance artificielle ».

Ils rapportent une observation à l'appui :

OBSERVATION XVIII (M. Maygrier) (1).

L... entre le 25 décembre 1886, à la Maternité de la Piété ; enceinte de 3 mois $1/2$, elle a fait une fausse-couche de deux jumeaux. Elle reste chez elle pendant quatre jours sans être délivrée. A son arrivée à l'hôpital, l'état général est bon, *pas d'élévation de température ni d'hémorragie, pas de lochies fétides*. Le col est largement ouvert. M. Maygrier extrait facilement avec la main les deux délivres, pesant ensemble 140 grammes.

Voici une autre observation presque identique :

OBSERVATION XIX (Inédite).

Gad.... Eugénie 36 ans, entre à la Maternité de Lariboisière, le 4 janvier à 9 heures du soir. Elle a déjà eu 6 enfants, dont elle a accouché normalement, à terme. Elle a fait les jours précédents un avortement gémellaire de 4 mois $1/2$ environ. Le premier fœtus a été expulsé le 28 décembre, le second le lendemain.

(1) *Loc. cit.*, p. 92.

Elle a perdu beaucoup de sang, chez elle, le premier jour, mais depuis elle ne perd presque plus : elle paraît très anémiée. La température est normale.

On n'a pas fait, en ville, de tentatives de délivrance. A son arrivée, l'hémorragie a cessé presque complètement. Le col est *suffisamment ouvert*. On pratique la délivrance artificielle. Le placenta *unique* est extrait sans difficulté ; il semble complet, mais les membranes sont déchirées : il pèse 200 grammes. Derrière lui, les doigts ramènent une grande quantité de caillots, environ 200 grammes.

Les suites ont été normales.

OBSERVATION XX (inédite)

Lec..., 32 ans, ménagère, entre le 27 mars 1895 à la Maternité de l'hôpital Lariboisière. Cette femme, habituellement bien portante, réglée à 18 ans, a déjà eu trois enfants, venus à terme. Les accouchements précédents n'ont rien présenté de particulier.

Elle est devenue enceinte pour la quatrième fois, en décembre dernier ; elle n'a pas vu ses règles depuis le commencement de ce mois.

Le 6 mars, sans cause connue, elle a fait chez elle une *fausse couche*, à la suite de laquelle la délivrance ne s'est pas faite, la femme ne perdant pas, ne s'en est pas préoccupé. Mais le 27 mars, elle est reprise de violentes douleurs abdominales, qui la décident à entrer à l'hôpital.

A son entrer, on constate un utérus gravide, de cinq mois ; le col est dilaté comme deux francs, les douleurs continuent régulièrement et le 28, au matin, elle expulse un fœtus de quatre mois environ, vers onze heures du matin.

Le délivre ne descend pas à la suite ; on ne le sent pas dans le col : La femme ne perd pas. Au soir, malgré les injections vagi-

nales et utérines, l'état est le même, le col est toujours entr'ouvert. Pas d'hémorragie.

Le 29, au matin, on constate que le col s'est presque entièrement refermé. On se décide alors à intervenir, malgré l'absence d'hémorragie. On introduit dans le col, un violon de Barnes, qui, en quelques heures, produit une dilatation suffisante, et la délivrance artificielle est pratiquée, sans difficulté.

Le placenta était encore partiellement adhérent ; c'était un placenta, unique, assez gros, avec deux poches distinctes et absolument intactes. Son poids était de 150 grammes, suites parfaites ; la femme est sortie, en bon état, sur sa demande, quelques jours après.

*
* *

Il en est de même, lorsqu'il y a rétention des annexes après l'expulsion d'un *fœtus mort ou macéré*. Le délivre, même adhérent, par suite de la dégénérescence qu'il a subie, depuis la mort du fœtus, n'a plus qu'une vitalité très inférieure, et par suite, est exposée d'une façon toute particulière, à la putréfaction ; celle-ci, quand elle éclate, se développe, alors, avec une rapidité parfois foudroyante. Tous les auteurs (1) conseillent donc, en pareil cas, de faire d'emblée la délivrance artificielle, que l'on devra toujours, pour plus de sûreté, faire suivre d'un écouvillonnage antiseptique.

II

L'*origine* spéciale de certains avortements nous paraît une indication non moins importante, en faveur de l'intervention précoce, en l'absence même de toute complication.

(1) TARNIER, in *Asepsie et Antis*, loc. cit.

RIEMONT-LEPAGE. *Précis d'Obst.*

Quand, en effet, la fausse couche est le résultat soit de *manœuvres criminelles*, soit d'une *endométrite* préexistante, « l'infection, comme on l'a dit, est souvent dans la place ».

Presque toujours, en effet, l'instrument provocateur de l'avortement (aiguille à tricoter, épingle à cheveux, canule) a laissé dans la matrice des germes septiques qui n'attendent pour éclore que les circonstances favorables. Il en est de même, lorsque c'est l'*endométrite* qui est en cause (cause à la fois, nous l'avons vu, de l'avortement et de la rétention). N'est-elle pas, elle-même, le résultat et la preuve d'une infection incomplètement éteinte ? et ne doit-on pas craindre, dans les deux cas, que les accidents n'éclatent à la faveur des circonstances, éminemment propices à la pullulation des micro-organismes, que crée la rétention ?

Les faits, au surplus, le prouvent surabondamment, et nous apprennent que, les accidents revêtent alors une allure particulièrement grave, contre laquelle l'intervention *tardive* est souvent impuissante. Dans un travail (1) récent, de *Patru*, chirurgien de la Maternité de Genève, nous voyons que sur les 6 cas, qu'il rapporte, où les femmes, malgré un curettage, succombèrent à la septicémie, *cinq fois*, l'enquête a prouvé qu'il y avait eu des *manœuvres abortives*.

Voici d'ailleurs une de nos observations, qui est caractéristique, à ce point de vue :

(1) *Rev. med. de la Suisse romande*. Janv 1896.

OBSERVATION XXI (inédite).

Sin..., 32 ans, domestique. II pare. Première grossesse à 19 ans, en 1882, terminée par un accouchement normal, à terme. Enfant vivant. Dix jours après l'accouchement, phénomènes de pelvi-péritonite, pour laquelle elle a été soignée pendant 5 mois à Beaujon.

En mai 1887, nouveau séjour de 4 mois à Beaujon, pour un phlegmon du ligament large (?)

Elle n'a pas eu ses règles depuis le 20 septembre 1895. A son arrivée, elle donne les renseignements suivants, qui, on le verra, étaient faux :

Le 30 octobre, sans cause appréciable, elle a été prise de douleurs abdominales et lombaires, en même temps qu'elle commençait à perdre un peu de sang.

Le 1^{er} novembre, elle appelle un médecin qui envoie la malade à l'hôpital. Elle entre le 2, au soir, à la Maternité de Lariboisière, perdant du sang et des caillots depuis le matin. La *température* est normale. Elle expulse, vers 4 heures, peu après son arrivée, un débris placentaire.

Cependant le col est long, *fermé*; l'utérus est augmenté de volume, mais assez difficile à délimiter, à cause de la résistance de la paroi abdominale.

On pratique des injections vaginales de sublimé, toutes les deux heures, environ.

Température normale les 2, 3, 4 novembre.

Le 5, au matin, la température monte brusquement à 38°.

A 5 heures du soir : on pratique après la dilatation du col, un curettage suivi d'un écouvillonnage à la glycérine créosotée. La

curette ne ramène que des *débris* de placenta. Néanmoins, à 9 heures du soir, la température est de 39.

Le 6 : 38.6, au matin. On fait de fréquentes injections intra-utérines.

Le soir 37.6.

Le 7. La fièvre reprend de plus belle, et augmente les jours suivants ; les signes de péritonite apparaissent : celle-ci se généralise rapidement et la malade meurt le 9 novembre à 11 heures du soir.

Avant de mourir, elle fait à la sage-femme les aveux suivants :

Le mardi 22 octobre, elle va chez une sage-femme qui lui fait prendre une injection *intra-utérine* avec un liquide qui la brûlait, dit-elle. Elle éprouve sur le moment une vive douleur, bientôt calmée et perd quelques gouttes de sang. Elle retourne le lendemain chez la sage-femme : nouvelle injection intra-utérine. Elle y retourne une troisième et dernière fois, le lundi 28. La sage-femme étonnée que l'avortement ne se soit pas encore produit, fait une nouvelle injection, à la suite de laquelle la malade perd un peu de sang. Le soir même elle *éprouve quelques frissons*, avec coliques violentes. Le lendemain, elle perd beaucoup de sang et de caillots. C'est alors qu'elle se décide à entrer à la Maternité.

Ainsi, l'infection bien qu'existant déjà dès le 28 octobre est demeurée complètement *latente* jusqu'au 5 novembre. Les injections, simplement vaginales (puisque le col était fermé) n'ont pu, naturellement, atteindre le foyer d'infection *intra-utérin*, et celle-ci, malgré une intervention radicale, pratiquée *dès le début* des accidents, a continué d'évoluer et de grandir jusqu'à la terminaison fatale. Est-il téméraire de penser qu'une intervention précoce, qui, vu les antécédents génitaux de la malade était peut-être indiquée, eût réussi à prévenir les accidents ?

Ce fait prouve donc : que l'absence de toute élévation de température n'autorise pas à rejeter complètement l'hypothèse d'une infection existante — qu'en outre, l'intervention pratiquée, au premier signal des accidents, ne réussit pas *toujours*, à s'en rendre maître ; il vaut donc mieux les prévenir.

Les deux observations, qui suivent démontrent également, la *gravité* des complications septiques consécutifs aux manœuvres criminelles, en même temps que l'impuissance de l'intervention *tardive*.

OBSERVATION XXII (inédite).

(Résumée)

Hy..., 33 ans, cuisinière.

Avortement de 3 mois, fait en ville *trois jours auparavant*. Plusieurs tentatives d'extraction digitale du placenta ont été faites, inutilement d'ailleurs, par un médecin de la ville. A son arrivée dans le service d'accouchements de Lariboisière, le 31 août, la malade présente une fièvre intense.

La température axillaire ne descend pas, au dessous de 39° le matin ou le soir. Le col est complètement reformé : l'orifice interne est imperméable. On pratique, séance tenante, après dilatation du col, un *curage* intérim suivi d'un écouvillonnage à la glycérine créosotée. Néanmoins la température reste élevée. Les jours suivants apparaissent des signes de *pelvi-péritonite* qui nécessitent son transport dans un service de chirurgie, où elle ne tarde pas à succomber.

La veille de sa mort, elle fait, devant le Directeur de l'hôpital, l'*aveu* des *manœuvres abortives*, qu'elle avait subies.

OBSERVATION XXIII (inédite) (1)

Co....., 25 ans, brodeuse, entre le 21 février 1895, à 4 heures du soir, à la salle Perreau de la Maternité de Lariboisière.

Cette femme, qui à déjà eu deux accouchements antérieurs normaux, a fait chez elle le 18 février, une fausse couche de 2 mois 1/2 environ.

A son arrivée, on constate un col légèrement entr'ouvert dans lequel le doigt ne peut pénétrer. On ne sent pas de placenta, ni de débris de membranes. Les lochies n'ont aucune odeur.

Le ventre est douloureux au palper, de sorte qu'il est difficile de sentir l'utérus, Pas de météorisme ni de vomissements. Le facies est grippé, les yeux cernés, la langue humide.

La femme à eu un grand frisson en arrivant dans le service, suivi d'une élévation de température de 40.4. On pratique une injection intra-utérine, on prescrit de la glace, et 1 gramme de sulfate de quinine.

Le 22, curettage de la cavité utérine et écouvillonnage créosoté. L'instrument ne ramène du reste que quelque débris de caduque. Tamponnement utérin.

Le 23, la gaze est retirée. Injection intra-utérine, sulfate de quinine. Le facies se grippe de plus en plus, les yeux s'excavent, la langue reste humide. Pas de vomissements. La douleur du ventre se généralise sans qu'il y ait ni ballonnement ni constipation, et arrache des cris à la malade.

Grandes oscillations, de température de plus de 2 degrés. Le pouls, la veille à 126, devient plus petit et plus rapide : 140 pulsations.

Le 24, même état.

Le 25, aggravation marquée à la visite du matin ; la malade

(1) Communiquée par M. Jorand, interne du service.

se plaint de son ventre très douloureux dans la région sous-ombilicale.

A 7 heures du soir état très grave la malade semble avoir perdu connaissance. Légers soubresauts musculaires dans les bras et les jambes. La pression des masses musculaires du mollet semble douloureuse et produit une légère flexion du membre inférieure.

Température 40. Respiration 34. Pouls régulier à 136.

Le 26, amélioration considérable. La femme bien éveillée répond nettement aux questions. Elle demande le Directeur de l'hôpital, en présence duquel elle *avoue* qu'elle est allée chez une sage femme de la ville pour se soumettre à des *manœuvres abortives*.

Le ventre n'est plus douloureux. Le 27, l'amélioration se maintient mais les jours suivants la femme retombe peu à peu dans son abattement. La température baisse de plus en plus, mais le pouls reste très fréquent et devient incomptable : elle succombe le 2 mars.

Autopsie judiciaire, sur laquelle nous n'avons pu nous procurer de renseignements.

On voit avec quelle rapidité évoluent parfois, en pareil cas, les accidents, puisque *dès le troisième jour* la malade présentait déjà des signes graves de septicémie, que l'intervention radicale n'a pu enrayer, d'autant moins qu'elle avait subi des tentations de délivrance ; cause nouvelle d'infection.

C'est pourquoi, à notre avis, si l'accoucheur, à défaut même de certitude (on sait combien il est délicat et difficile d'obtenir des aveux de cette sorte) a de sérieuses *présomptions* de croire à des manœuvres criminelles, il devra faire bénéficier la malade de ses doutes et ne pas reculer devant une intervention immédiate.

En voici des exemples :

OBSERVATION XXIV (inédite) (1).

Col., Louise, 24 ans, domestique, primipare. Réglée à 16 ans pour la première fois, a toujours eu des règles peu abondantes mais bien régulières.

Depuis le 23 septembre 94, elle n'a rien vu.

Le 24 janvier, elle a été prise de douleurs dès le matin, et le soir elle expulse chez elle, un fœtus de 4 mois environ, vers 6 heures.

Elle entre à la Maternité de Lariboisière à 9 heures du soir, perdant un peu de sang.

En pratiquant le toucher, la sage-femme de garde trouve un *col perforé*, présentant une déchirure parallèle au bord de l'orifice externe, et siégeant sur la lèvre postérieure.

L'*origine* de l'avortement paraissant dès lors nettement établie, on pratique de suite la délivrance artificielle ; il reste cependant quelques débris que l'on sent avec le doigt vers le fonds de l'utérus.

Le lendemain matin, la femme étant mise en travers duit, on voit nettement, à l'aide de 2 valves de Sims, que la lèvre postérieure est séparée du reste du museau de tanche par une *perforation linéaire, transversale*, s'étendant à toute la longueur de cette lèvre. Ce pont de col semble destiné à tomber.

Cette lésion a été manifestement produite par des *manœuvres abortives*, sur lesquelles la femme n'a pas voulu nous donner des renseignements *explicites*.

On pratique alors un curettage qui ramène *quelques débris placentaires*, suivi d'un écouvillonnage à la glycérine créosotée

(1) Prise et communiquée par M. JORAND, interne de service.

au 1/3 et d'un tamponnement à la gaze iodoformée. Les suites ont été absolument normales. La portion déchirée du col s'est divisée en deux lambeaux égaux, qui pendent de chaque côté. La malade est sortie *sur sa demande* en bon état, le 7^e jour après son curetage.

OBSERVATION XXV (inédite).

Gui..., couturière, 23 ans.

Réglée à 13 ans, toujours régulièrement.

N'a jamais fait de maladie sérieuse. Pas de signes de *métrite* ni de spécificité.

Pas d'albumine dans les urines.

Elle est enceinte de 3 mois.

Elle a été prise le 10 février au soir, de douleurs et de pertes qui lui font craindre une fausse couche, sans cause appréciable au dire de la malade ; mais de l'interrogatoire il résulte de fortes présomptions en faveur de manœuvres abortives.

A son arrivée, dans le service d'accouchements de Lariboisière, le 10 février à 8 h. 1/2 du soir, elle perd encore du sang. Le col est entr'ouvert. On administre un lavement avec 25 gouttes de laudanum, à la suite duquel les douleurs se calment.

Le 13, elles reparaissent et à 3 heures du soir, la femme expulse un embryon de 3 mois environ.

A 5 heures, un fragment de l'œuf, formé par les membranes et un peu de placenta est retiré du vagin.

Le 14, néanmoins la délivrance ne se complète pas. Pas d'hémorragie, d'ailleurs, ni température. La femme est mise alors, en travers du lit, et sous le chloroforme, M. Maygrier, extrait avec les doigts le placenta, par morceaux assez volumineux. Le curage digital est complété par quelques coups de curette. Ecouvillonnage et tamponnement utéro-vaginal.

15. La gaze est retirée. Température normale.

OBSERVATION XXVI (inédite).

Kœ..., 28 ans, chapelière.

Première grossesse, gémellaire ; accouchement prématuré à 7 mois.

Enceinte pour la deuxième fois ; il est difficile de dire de combien, car elle dit avoir perdu continuellement depuis. Elle croit être devenue enceinte, dans le mois de juillet dernier.

Elle avoue s'être piquée avec une aiguille à tricoter dès le deuxième mois de sa grossesse, et avoir perdu du sang depuis d'une façon irrégulière. Elle était très étonnée de ne pas faire sa fausse couche.

Prise de douleurs le 28 septembre, à 2 heures de matin, elle a expulsé chez elle, le fœtus, vers 8 heures du matin.

Elle entre à la Maternité de Lariboisière, non délivrée, le même jour à 9 heures du soir. Elle ne perd pas. Le col est complètement fermé. Injections vaginales jusqu'au lendemain.

Le 29, Même état. Ni fièvre ni température. Le soir, l'état des choses ne s'étant pas modifié, on introduit dans le col assez difficilement, deux minces tiges de *laminaires*.

Le 30 au matin, on les retire, mais la dilatation n'étant pas suffisante, on la complète au moyen des bougies d'Hégar. Le placenta est extrait sans difficulté. *Curettage. Ecouvillonnage.* Jamais d'élévation de température.

OBSERVATION XXVII (inédite)

G..., âgée de 32 ans, couturière.

Deux accouchements antérieurs, normaux, à terme. La date de la grossesse actuelle est incertaine, la malade *disant* avoir perdu presque continuellement. Elle entre à la Maternité de Lariboisière, le 25 novembre, ayant fait la veille une fausse

couche de 3 mois 1/2. (Le fœtus pesait 450 grammes. Il était long de 20 centimètres.

La cause de l'avortement est suspecte.— Elle n'a pas de température et ne perd que d'une façon insignifiante.

Le col commence à se reformer, et admet à peine *deux doigts* à l'orifice interne. On complète la dilatation avec les bougies d'Hégar. L'extraction digitale du placenta est ensuite pratiquée. Il était encore complètement adhérent.

Ecouvillonnage à la glycérine créosolée. Suites parfaites.

Le lendemain de sa délivrance, la malade fait à ses voisines de lit l'aveu de ses manœuvres abortives.

OBSERVATION XXVIII (inédite)

G., 30 ans, corsetière.

A déjà eu deux enfants, venus à terme, bien portants.

Étant enceinte de 3 mois environ, (les dernières règles ayant eu lieu du 5 au 8 juin) elle a fait la veille de son entrée, une fausse couche, chez elle.

On ne trouve aucune cause d'avortement. Elle est bien portante, pas albuminurique, ne présente aucune trace de syphilis. Elle raconte que depuis quelques jours elle s'est beaucoup fatiguée, et a commencé à perdre en rouge, et à souffrir du ventre. Le 17, elle expulse un fœtus de 3 mois environ, au dire de la malade le délivre aurait été expulsé en même temps que le fœtus.

Elle n'a pas eu de métrorragie abondante, et vient à l'hôpital; sur le conseil dit-elle, d'un médecin, le 18 septembre, à 10 heures du soir.

A son entrée, elle ne perd pas. La température est normale.

L'utérus est *gros*, remonte jusqu'à 3 travers de doigts au-dessous de l'ombilic. Le col est long; l'orifice externe n'admet que l'extrémité de l'index. — Injections vaginales.

Le 19. A la visite du matin, l'état est le même. Mais, l'inter-

rogatoire de la malade *plaide fortement en faveur d'un avortement provoqué.*

Pour cette raison d'une part, et étant donné d'autre part, le volume de l'utérus, M. Maygrier redoute les dangers d'une infection et conseille à M. Schwab, de pratiquer une intervention.

Vers midi, on introduit quatre tiges de laminaire de petit calibre dans le col.

A 5 h. la dilation paraît suffisante ; le col est perméable à deux doigts. Sous le chloroforme on extrait successivement plusieurs *debris* de *placenta* et de membranes, qui se trouvaient dans la corne droite de l'utérus. On complète l'intervention par quelques coups de curette et un écouvillonnage à la glycérine créosotée.

*
* *

Il en sera de même, lorsque la cause de l'avortement incomplet peut être vraisemblablement rapportée à la *rétroflexion* de l'utérus : de cette déviation pathologique résulte, en effet, un obstacle mécanique à l'expulsion des annexes, et il n'y a pas lieu d'ordinaire d'espérer que celle-ci, tant que l'obstacle subsiste, se fasse spontanément. Si l'on considère en outre, que la *rétroflexion* s'accompagne fréquemment d'*endométrite*, on hésitera d'autant moins à agir. C'est la conduite que l'on a suivie dans le cas suivant :

OBSERVATION XXIX (inédite).

Rous... Marie, 26 ans, domestique. Rien à signaler de particulier dans ses antécédents personnels, sauf une scarlatine il y a 5 ans, et quelques attaques de rhumatisme articulaire subaigu.

Elle a déjà eu 3 grossesses. Accouchements normaux, à terme ;

la dernière il y a 3 ans. Les dernières règles ont eu lieu du 26 juin au 2 juillet. Légère attaque rhumatismale pendant les premiers mois de sa grossesse.

Dans les premiers jours de septembre elle a commencé à perdre un peu de sang, mais sans douleurs.

Le 9 septembre, sans raison, elle est prise de métrorragies abondantes avec caillots, accompagnées de coliques violentes.

Elle entre à la Maternité de Lariboisière le 10 au matin. A son arrivée elle perdait encore un peu de sang.

L'utérus, gros comme une orange, est en *retro-flexion* très marquée. Le col et l'orifice interne sont perméables. Deux doigts sont introduits dans la cavité utérine. On sent un morceau assez volumineux de placenta, adhérent à la face antérieure de l'utérus, qu'on extrait sans difficulté, on fait ensuite un curettage soigneux des cornes utérines suivi d'un écouvillonnage. Suites parfaites.

III

En dehors des cas, *nettement déterminés* que nous venons de passer en revue, on se trouvera, dans la pratique, en face de beaucoup d'autres indications, *moins bien définies*, dont l'accoucheur sera seul à même pour chaque cas, d'apprécier l'importance, et qui le feront souvent pencher en faveur de l'intervention.

S'il s'agit, par exemple, d'une femme, dont le délivre est retenu, et qui a *déjà subi des touchers fréquents*, accompagnés de *tentatives plus ou moins timides de délivrance*, n'est-il pas plus prudent, en l'absence même de tout symptôme, de la considérer d'ores et déjà comme infectée et de se

conduire en conséquence ? Rien ne prouve, pourra-t-on dire, qu'elle le soit ; d'accord, mais bien osé, d'autre part, qui affirmerait le contraire ; et, dans le doute, ne vaut-il pas mieux ici, *ne pas* s'abstenir ?

Brion, dans sa thèse, insiste également sur la gravité des avortements faits en ville par suite des touchers malpropres et des tentatives de délivrance : il donne pour ces cas une mortalité de 27, 5 0/0, tandis qu'il ne trouve que 1.35 0/0 pour les avortements faits à l'hôpital. Il vaut donc mieux intervenir.

En agissant autrement on s'exposerait à de cruels mécomptes, témoin l'observation suivante :

OBSERVATION XXX (inédite)

Rig... Augustine, 30 ans, couturière, entre à la Maternité de Lariboisière, le 6 mai à 6 heures du soir.

Les antécédents héréditaires et personnels ne présentent rien de particulier.

Réglée à 13 ans 1/2, elle a vu depuis, toujours régulièrement, mais abondamment ; ses règles ne duraient jamais moins de six jours.

Première grossesse à 18 ans ; accouchement normal à terme d'une fille bien portante.

A la suite de cette grossesse, la malade a eu de la leucorrhée ; les règles ne sont revenues que trois mois après l'accouchement.

Actuellement, la malade présente une pointe de *hernie* crurale à droite ; on constate des signes légers mais nets de tuberculose au début au sommet droit (submatité, respiration rude, quelques craquements secs).

Elle n'a pas vu ses règles depuis le 20 novembre 1894. A part quelques maux de tête, la grossesse a évolué normalement ; mais la mère n'a jamais perçu de mouvements actifs.

Depuis une quinzaine de jours, la malade ressent des douleurs vagues dans le bas-ventre et les reins, comparables à celles qu'elles ressent au moment de ses époques. Elle a des pertes très colorées, peu abondantes au début, mais ayant augmenté progressivement.

Le 5 mai, à 10 heures 1/2 du soir, elle éprouve des douleurs violentes dans le bas-ventre : métrorragies peu abondantes.

Le 6 mai, à 6 heures du matin, elle expulse chez elle, un fœtus de 20 centimètres (au dire de la malade). Un médecin mandé est venu vers 1 heure 1/2 du matin. Après s'être lavé les mains avec du savon, de l'eau chaude, il a *essayé a deux reprises, mais inutilement, d'extraire le délivre*. Il a recommandé de faire le tamponnement du vagin avec du coton hydrophile.

Le mari, ne sachant comment exécuter les prescriptions du médecin, appelle une sage-femme qui vient à 8 heures du matin, et essaie, à son tour, après lavage de ses mains à l'eau chaude et au savon, d'extraire le placenta. Elle fait deux tentatives sans résultat, et se retire après avoir pratiqué une injection vaginale avec de l'eau bouillie.

A 3 heures du soir, elle revient, et fait une *nouvelle tentative d'extraction*, également infructueuse. Elle conseille alors le transport de la malade à l'hôpital.

6 mai. A son arrivée, température 37° 8. L'utérus remonte à trois travers de doigt au-dessus de symphyse.

L'orificé externe du col est perméable à un doigt. Orifice interne rétracté et dur. Utérus en antéverson.

Pas de débris placentaire faisant saillie dans le vagin. Pas de pertes. Injections vaginales.

7 mai. La malade ne perd pas ; dans la journée, contractions utérines légères.

Injections vaginales fréquentes.

8-9 mai. Même état. Pas de température, ni d'hémorragie.
Injections vaginales.

10 mai. Entre 7 heures 1/2 et 9 heures du matin : *frissons répétés* ; claquements de dents. Bouffée de chaleur. *Température 39° 1.*

Le *col n'est pas perméable* ; l'orifice externe seul admet l'extrémité du doigt.

A 11 heures du matin, on introduit dans l'utérus un ballon de Tarnier.

5 heures du soir, le ballon est dans le vagin : on peut introduire *deux doigts* dans l'utérus, mais on ne sent que de *légers débris placentaires*, insérés sur le fond. La *plus grande partie du placenta a dû être enlevée par le médecin ou la sage-femme*. On ne peut enlever les débris placentaires avec les doigts. On pratique alors le *curettage* de l'utérus ; la curette ne ramène que quelques débris.

Injection intra-utérine au sublimé. *Ecouvillonnage* à la glycérine créosoté. Tamponnement intra-utérin à la gaze iodoformée. Suites normales. Chute définitive de la température. Etat général bon.

Cette observation intéressante, comporte, il me semble, plusieurs enseignements :

1° Elle montre, une fois de plus, qu'il ne faut pas se fier, lorsqu'il y a des sérieuses présomptions en faveur de l'infection, à l'absence de toute élévation thermométrique, même pendant plusieurs jours, pour croire que tout danger est conjuré.

2° Alors même que des précautions *aseptiques*, comme ici, ou *antiseptiques*, auraient été prises, il est plus prudent

de ne pas compter sur leur efficacité, pour le cas, du moins, que nous avons en vue.

3° On remarquera, qu'il ne restait dans la matrice que des *débris légers*, capables, nous l'avons dit, au même titre que de volumineux morceaux placentaires, de produire de graves accidents.

4° Enfin, les doigts n'ayant pu détacher les débris de la paroi, *à fortiori*, les injections intra-utérines eussent-elles été inefficaces.

Le cas suivant plaide dans le même sens :

OBSERVATION XXXI (inédite).

Cist..., ménagère, 33 ans.

C'est une femme, habituellement bien portante, qui a déjà eu *cinq* grossesses antérieures toutes menées à terme.

On ne lui trouve pas de signes de syphilis. Elle n'a jamais eu de leucorrhée abondante, ni de signes de métrite. Actuellement, elle se trouve dans un état d'anémie très prononcé : teint légèrement jaunâtre. Souffles diffus à la base.

Etant enceinte de *deux mois* environ (les dernières règles avaient eu lieu du 6 au 9 novembre), elle fait le 12 *janvier* 1895, au lavoir, un effort violent pour soulever un fardeau et perçoit une sensation de déchirure dans le bas-ventre. Aussitôt après, elle commence à perdre un liquide sanguinolent, qui a persisté *sans douleurs*, toute la journée du lendemain.

Le 13 janvier. Elle s'alite et prend des *injections* boriquées ; avec le liquide de l'une d'elles est expulsée une petite masse rougeâtre.

L'écoulement sanguin s'étant arrêté, elle continue, tout en restant au lit, de prendre des injections.

Le 15, dans la matinée : abondante *métrorragie* avec caillots nombreux. Elle continue dans la journée de perdre beaucoup et le soir, fait venir un médecin, qui *après s'être lavé les mains au savon pratique le toucher*, et reconnaît qu'il s'agit d'une délivrance incomplète : il *essaie* inutilement de délivrer la femme. Il donne lui-même une injection au *sublimé*, qui provoque l'expulsion d'un débris et envoie la malade à l'hôpital.

Elle n'y vient que le lendemain, et entre le 16 au soir, à la Maternité de Lariboisière. Elle est très pâle, mais l'hémorragie a cessé complètement depuis la veille. Le col est entr'ouvert. On y sent une masse, molle et friable, en partie engagée.

Pas d'odeur, pas d'élévation de température.

On *attend* jusqu'au lendemain ; après avoir pratiqué deux injections vaginales, on tamponne mollement le vagin avec de la gaze iodoformée.

Le 17. A la visite du matin, M. Maygrier, trouve, dans le vagin et remontant dans le col une masse qu'il extrait facilement avec les doigts. Examinée ensuite, on reconnaît que c'est un *œuf presque entier*, mais vide et ouvert, suivant une fente longitudinale.

Néanmoins, étant donné l'état d'anémie de la malade, les *touchers* et la *tentative* de délivrance qu'elle avait subis en ville, il prescrit un curettage, qui est pratiqué, l'après-midi par M. Estrabaut, interne-suppléant du service.

La température est de 37. 8°.

La curette ne ramène que de rares *débris* de caduque, ayant *déjà une légère odeur*. On fait un écouvillonnage.

Suites parfaites.

On voit, que, malgré les mesures antiseptiques, qu'avait prises chez elle la malade, l'infection n'en était pas moins

menaçante, puisque la température commençait à s'élever et que les débris restés dans la matrice, avaient déjà « de l'odeur ». L'intervention, pratiquée à temps, en a heureusement arrêté l'évolution.

*
* *

Dans un autre ordre d'idées, est-il juste, d'assimiler — au point de vue de la conduite à tenir — l'avortement de la femme riche ou aisée, obligée, par sa situation même, à des soins de propreté minutieux, et la fausse couche de ces femmes plus ou moins misérables, que nous voyons arriver à l'hôpital, dans un état de malpropreté, souvent repoussante, avec des effets et des linges, entièrement souillés, dont elles se servent, d'ailleurs, sans scrupule pour se panser !

Si l'on est en droit, dans le premier cas, d'espérer que l'antisepsie tiendra toutes ses promesses, et de s'en tenir à l'expectation armée, il y aurait, croyons-nous, dans le second, quelque témérité à agir de même.

C'est un point sur lequel insiste fréquemment notre Maître :
« Si, dit-il, je ne vois nul inconvénient, *en ville*, à attendre
« plusieurs jours (en l'absence de toute complication, bien
« entendu) l'expulsion spontanée du délivre, je n'hésite pas
« à intervenir, *à l'hôpital*, en dehors même de toute menace
« menace d'infection, aimant mieux agir trop tôt que trop
« tard »

Et cette conduite est d'autant plus légitime qu'aux autres causes d'infection, s'ajoute, constamment chez ces malades, l'action éminemment prédisposante d'un *état anémique* très accentué. Pour des raisons, que l'on comprend, elles ne

quittent en effet, leur famille, qu'en dernière ressource, et n'entrent à l'hôpital qu'après avoir épuisé, pour arrêter leurs pertes, tous les moyens empiriques, dont elles disposent, et déjà très affaiblies par la quantité de sang qu'elles ont perdu.

Et ceci nous amène à une considération, non moins importante : c'est qu'il est nécessaire, pour régler sa conduite, de tenir grand compte de *l'état général de la malade*. Il n'est pas indifférent, en effet, de faire courir, à une parturiente *tuberculeuse, chlorotique albuminurique* ou simplement en proie à la *misère physiologique* les risques d'une hémorragie, (toujours possible, tant que la délivrance n'est pas complète), ou les dangers d'une lutte inégale contre la septicémie, dans laquelle son organisme épuisera ses dernières forces. Il sera prudent, dans ces cas d'avoir recours à une *intervention précoce*, plutôt que d'attendre les résultats, souvent aléatoires, de l'expectation.

IV

Enfin, lorsqu'il n'existe, pour intervenir aucune des indications, que nous venons d'étudier, il faut, suivant l'enseignement de notre maître, se comporter suivant *l'état du col*.

Est-il *largement ouvert* et perméable à *deux* doigts au moins ? on doit alors, sans hésiter, profiter de cet avantage et pénétrer jusqu'au fond de l'utérus, pour décoller et extraire le placenta, quitte à revenir, en cas d'échec, à l'expectation.

Le trouve-t-on au contraire complètement *fermé* ou même insuffisamment perméable : l'expectation est, alors, le parti le plus sage.

Mais, (et le cas est fréquent), si l'on trouve le placenta en-

gagé en partie dans le col et faisant une saillie plus ou moins considérable dans le vagin, quelle conduite tenir ?

Avant tout, comme M. *Budin* l'a recommandé depuis longtemps (1) on doit se garder vivement de déchirer et d'extraire la portion saillante, ce qui est facile mais dangereux, car on s'expose alors, à voir le col, dont la dilatation n'est plus maintenue, se refermer peu à peu et emprisonner dans la cavité utérine la portion restante du délivre.

Que si, dans ce cas, le col est facilement dilatable, et qu'on puisse insinuer deux doigts, sans courir les risques de le déchirer, entre la paroi utérine et le champignon placentaire, on doit, comme plus haut, les introduire jusqu'au fond de l'utérus, pour décoller complètement et extraire le placenta *tout entier*. Sinon, le mieux est de s'en tenir à l'expectation ; il est fréquent alors de voir le délivre s'engager peu à peu et finir, dans les jours qui suivent, par tomber dans le vagin, où il est facile de l'extraire.

Néanmoins, cette expectation ne doit point être indéfiniment prolongée, et si, *vers le 3^e ou le 4^e jour*, les choses n'ont point fait de progrès, notre maître, tout en concédant que l'on peut, sans inconvénients, attendre plus longtemps, à l'habitude, du moins, à l'hôpital, d'intervenir, pour mettre un terme à la situation.

Voici des observations de ces différents cas :

(1) TARNIER et BUDIN. *Traité d'accouch.* Tome II.

OBSERVATION XXXII (inédite)

(Résumé)

Lou....., marchande des quatre saisons, 34 ans, 10^e grossesse, a déjà fait un avortement de 3 mois.

Le 29 octobre, elle fait chez elle une fausse couche de 3 mois environ. Le délivre ne vient pas.

Elle entre à la maternité de Lariboisière, le 30 octobre, aucune complication. Le col est entièrement fermé. *Expectation*. Injections vaginales.

Le 31, même état.

Le 1^{er} novembre, même état. Le soir on introduit plusieurs tiges de laminaire de petit calibre.

Le 2, on retire les tiges, mais la dilatation n'étant pas suffisante, on la complète au moyen des bougies d'Hégar.

On pratique ensuite le curage digital. Le placenta adhèrent presque entièrement aucune odeur. On se contente de faire un écouvillonnage.

OBSERVATION XXXIII (inédite)

Gai....., Maria âgée de 24 ans, lingère, entre le 29 janvier, à la Maternité de Lariboisière pour une fausse couche.

Luxation congénitale gauche. Un avortement antérieur de 4 mois 1/2, de cause indéterminée. Aucune tare de spécificité ou de tuberculose. Les dernières règles ont eu lieu du 15 au 21 octobre. Enceinte, par conséquent de 3 mois environ, elle fait chez elle sa fausse couche, le 28 janvier, à 9 heures du soir.

Le 29, à son entrée, on sent dans le vagin une *masse placent-*

taire assez volumineuse, remontant dans le col, dont les lèvres appliquées sur elle, ne sont pas dilatables.

La femme ne perd pas, la température est normale.

On attend. — Injections vaginales au sublimé fréquentes.

Le 30, même état.

Le 31, même état, on introduit alors la main dans le vagin et *trois doigts* dans l'utérus qui décollent peu à peu le placenta, *fortement adhérent* à la face antérieure de l'utérus. On est obligé d'introduire la main gauche pour compléter la délivrance. On pratique ensuite un écouvillonnage à la glycérine créosotée. Tamponnement utéro-vaginal à la gaze iodoformée.

Le 1^{er} février. On retire le tampon.

Suites parfaites. Pas d'élévation de température.

OBSERVATION XXXIV (inédite).

Fer... Célestine, domestique, âgée de 28 ans.

Deuxième grossesse.

A déjà eu un enfant, à terme.

Étant enceinte de 3 mois environ ; elle fait une fausse couche chez elle le 11 janvier, et entre le même jour, à la Maternité de Lariboisière.

A son arrivée, le col est entr'ouvert, contenant un *morceau de placenta*, rattaché à la cavité utérine par une sorte de cordon.

Pas d'hémorragie ni de température.

Le 12. Même état.

Le 13. Même état. On enlève alors avec les doigts la partie saillante du placenta et l'on vide l'utérus avec les doigts et la curette.

Écouvillonnage à la glycérine créosotée.

La femme n'a jamais eu de température.

Sortie le 23, en bon état.

OBSERVATION XXXV (inédite).

Jor..., 21 ans, ménagère, entre pour une fausse couche, à la Maternité de Lariboisière, le 23 février.

Deux grossesses antérieures, normales, à terme.

Les premières règles ont eu lieu vers la fin de novembre 1894. L'urine est légèrement albumineuse.

La cause de l'avortement est *inconnue*. A son arrivée, la femme perd un peu de sang ; le col est assez largement mais insuffisamment dilaté ; le placenta s'y trouve engagé en partie.

Pas de température.

Expectation. Injections vaginales fréquentes.

26. Même état. Pas d'hémorragie.

27. Même état. La femme est mise en travers du lit, on introduit deux doigts dans l'utérus et on détache le placenta. A deux reprises on introduit les doigts, qui ramènent des débris placentaires, et enfin un lambeau de membranes.

L'utérus paraît assez net au toucher. Néanmoins, on fait un curettage et on ramène encore avec la curette des débris de placenta et de membrane en assez grande quantité.

Écouvillonnage à la glycérine créosotée.

*
* *

Ce n'est pas au hasard, ou d'une façon purement arbitraire que cette limite a été choisie. C'est en effet, le plus souvent, dès la fin du troisième jour, ou vers le quatrième, que commencent à apparaître, les premiers signes de l'infection, lorsque celle-ci doit survenir, c'est-à-dire l'odeur et la fétidité des lochies,

De plus, il arrive quelquefois que, pendant les deux ou trois jours, où l'on pratique l'expectation, le délivre, au lieu de s'engager de plus en plus, *remonte*, au contraire, (par un mécanisme discutable mais réel) dans la cavité utérine, de sorte que vers le troisième ou quatrième jour, on constate que le placenta est devenu moins accessible et le col en partie refermé ; si alors on n'intervient pas, on risque de voir apparaître les premiers symptômes de l'infection. On en verra les exemples dans des observations suivantes.

OBSERVATION XXXVI (inédite).

Aic..., Charlotte, ménagère, âgée de 28 ans. Deux accouchements antérieurs normaux. Avortement de 3 mois environ, fait chez elle la veille de son entrée.

A son arrivée, à la Maternité de Lariboisière, le 21 février, on sent, au toucher, le *placenta engagé dans le col* qui l'enserme.

L'utérus semble petit, dévié à gauche.

22. Même état. Pas de température ni d'hémorragie.

23. Même état.

Le soir, l'état des choses ne s'étant pas modifié, on intervient. On enlève avec les doigts un petit morceau de délivre, large comme cinq francs, et *exhalant déjà une odeur fétide*. On introduit ensuite deux doigts dans la cavité utérine, qui ramènent *quelques débris de membranes*. On pratique ensuite un curettage ; on enlève avec assez de difficulté, des débris de membranes, adhérentes à la paroi antérieure. La curette ramène d'ailleurs quantité de débris.

Injection intra-utérine. Ecouvillonnage. Tamponnement utéro-vaginal.

Le 24. La femme, nourrissant encore est passée à la Crèche. Suites normales.

OBSERVATION XXXVII (inédite).

L..., journalière, âgée de 29 ans.

Cette femme a déjà fait *deux* avortements, le premier en 1890, de 5 mois 1/2, le 2^e de deux mois, en 1891.

Elle est devenue enceinte pour le 3^e fois en 1894 (dernières règles du 10 au 13 novembre).

Elle entre à la Maternité de Lariboisière, le 22 janvier à 9 heures du soir, ayant expulsé en route un fœtus de deux mois 1/2 environ.

La délivrance ne se fait pas, et le lendemain on sent par le toucher un col permettant l'introduction de deux doigts à peine, et à l'intérieur une *masse placentaire qui commence à s'engager*.

Pas de température ni d'hémorragie.

Expectation. Injections vaginales toutes les trois heures.

24 janvier. Même état. Mais le col paraît avoir une tendance à se refermer. Même traitement.

25 janvier. Le col est refermé en partie. *Pas de température*, mais le doigt qui a pratiqué le toucher exhale une *odeur* un peu fétide.

On dilate suffisamment le col avec les doigts, pour aller extraire le placenta, qui est décollé et ramené facilement. Quelques coups de curette suffisent ensuite à nettoyer complètement la cavité utérine. Ecouvillonnage et tamponnement.

26. On retire la gaze. Pas de température. La malade sort le 11^e jour après la délivrance en parfait état.

Il est même parfois *dangereux* lorsqu'on constate ces signes, de remettre l'intervention à une époque même peu éloignée. L'observation suivante, a sous ce rapport, la valeur d'une expérience.

OBSERVATION XXXVIII (inédite) (1)

Mu..., Marie, 34 ans, cartonnrière, femme bien portante, réglée normalement depuis l'âge de 14 ans.

Deux accouchements antérieurs, à terme. Enceinte de 5 mois et 1/2, elle fait une fausse couche chez elle, le 20 janvier, à 11 heures du matin.

Elle entre *non délivrée*, à la Maternité de Lariboisière, le même jour à 11 heures du soir. Elle ne *perd pas* ; n'a *pas de température*. Le placenta est *engagé en partie* dans le col, mais ne dépasse pas l'orifice externe. On prescrit des injections vaginales répétées.

Le 21, même état, sauf pourtant que le délivre semble plus difficile à atteindre.

Même traitement.

Le 22, le placenta est *remonté*, le col légèrement resserré.

A la visite du soir, même état, sauf que le doigt qui a pratiqué le toucher, revient couvert d'un liquide sanguinolent exhalant *une légère odeur*.

M. Jorand, annonce à la malade qu'il la délivrera le lendemain matin.

Mais à 10 heures du soir, *frisson* violent avec élévation de température, 39.4.

A 11 heures, on endort la malade. M. Jorand pratique *l'extraction manuelle* du placenta. Celui-ci, décollé peu peu, est ramené intact ; il exhale une *odeur franchement fétide* et pèse 150 grammes.

On nettoie ensuite complètement la cavité utérine avec la curette qui ramène quelques débris de membranes. Ecouvillonnage à la glycérine créosotée. Tamponnement.

(1) Prise et communiquée par M. Jorand, interne du service.

Le 23. Température au matin 37.4 ; le soir 37.8.

La malade sort, *sur sa demande*, en bon état, le 7^e jour après son curetage.

Qu'on nous permette de faire, sans y insister, les remarques suivantes :

Cette femme avait reçu des soins antiseptiques aussitôt après son avortement, et néanmoins l'infection s'est produite dès le troisième jour.

Le placenta, putréfié, avait une odeur déjà nettement fétide, alors que celle-ci était à *peine* perceptible à l'extérieur. Tout aussi démonstrative est l'observation suivante, avec cette différence toutefois que, les conséquences ont failli en devenir graves :

OBSERVATION XXXIX (inédite) (1).

Dav..., Marie, 21 ans, domestique.

Elle est devenue enceinte, pour la première fois, en août 1894 (dernières règles ayant eu lieu vers le 15 août).

Le 7 janvier 1895, elle commence à souffrir et fait son avortement, chez elle, seulement le 9 à 1 heure du matin.

Elle entre à la Maternité de Lariboisière, le même jour. A son arrivée, on constate que le *placenta* est *engagé dans le col*, en partie seulement.

La malade a peu perdu depuis son avortement ; la température est normale. Injections vaginales fréquentes. *Expectation*.

(1) Prise et communiquée par M. Jorand.

Le 10 et le 11 : l'état reste le même ; le délivre est toujours dans le col ; il *n'y a aucune odeur* : la malade ne perd pas.

Le 12. A la visite du matin, le doigt, qui a pratiqué le toucher, exhale *une odeur, déjà fétide*. On décide que la délivrance artificielle sera pratiquée dans la journée. Mais, soudainement, à 2 heures, *grand frisson*, avec céphalalgie intense, température 40°, 04.

On envoie chercher aussitôt M. Jorand, qui pratique l'extraction manuelle du délivre, lequel était fortement adhérent au fond de l'utérus : il dégage *une odeur absolument infecte*.

Après une abondante irrigation intra-utérine, on fait un curetage soigneux, puis un écouvillonnage à la glycérine créosotée, suivi d'un tamponnement utéro-vaginal à la gaze iodoformée.

La température, après l'intervention est de 37° 8.

Le 13. La femme est un peu pâle.

Température 37°, 7.

On retire la gaze iodoformée. Il n'y a pas d'odeur.

Néanmoins, le soir, vers 9 heures, *frisson* de dix minutes ; température 38°.

On pratique un grand lavage intra-utérin au sublimé, et on administre 50 centigrammes de quinine.

Le 14. L'état général est bon. Température matinale 37° 6. Le thermomètre remonte le soir à 39° 8.

Lavage intra-utérin. Quinine, 50 centigrammes.

Le 15. Au matin, grand frisson de 20 minutes avec température de 40°, 5.

Le soir ; température de 37° 8.

A partir de ce jour, la température n'a plus dépassé 38°, et est revenue bien vite à la normale. L'appétit revient. La malade entre définitivement en convalescence.

On remarquera encore ici, comme dans l'observation pré-

cédente, que l'odeur, bien qu'infecte, du délivre, s'est à peine transmise à l'extérieur.

En outre, l'intervention, *aussitôt* pratiquée que possible (une demie-heure après l'explosion des accidents) ne parvint, que difficilement à enrayer leur évolution.

On ne devra donc pas hésiter à intervenir, dès qu'on percevra la moindre odeur des lochies et on le fera sans différer, un retard de quelques heures seulement pouvant être fort préjudiciable à la malade.

CHAPITRE IV

Curage utérin. Manuel opératoire.

Le *curage utérin obstétrical*, tel que nous le comprenons, se compose de plusieurs procédés :

1. le *toucher digital*, après *dilatation large* du col.
2. le *curage digital*.
3. le *curettage*.
4. l'*écouvillonnage*.
5. le *tamponnement*.

Nous le décrirons très succinctement. Aussi bien, est il connu maintenant de tous, et longuement décrit par les auteurs. M. le professeur Tarnier, dans son livre récent, en a donné un court et magistral exposé.

Les réservoirs rectal et vésical ayant été évacués au préalable, l'opérateur, après avoir pratiqué une antiseptie minutieuse des organes génitaux *internes* et *externes* de la malade, procède au *premier temps* de l'opération.

Pendant qu'un aide ou l'opérateur lui-même de son autre main, presse fortement sur le fond de l'utérus à travers la paroi abdominale et l'abaisse le plus possible, il introduit une main dans le vagin : celle-ci mise *en cône* pénètre assez facilement. L'index va à la recherche du col utérin et s'insinue avec le médius dans le canal cervical.

Il suffit souvent, lorsque l'orifice *interne* n'est pas suffi-

samment dilaté, d'une pression continue, même peu énergique pour qu'il s'entrouvre et laisse passage aux doigts.

Si le col n'est pas suffisamment dilaté, on le dilatera, soit extemporanément, au moyen des bougies d'Hégar, soit d'une façon plus lente, en employant les tiges de lamineaires, ou les ballons dilateurs du *Barnes*, de *Champetier de Ribes* (petit modèle) ou de *Boissard*.

L'épaisseur de la paroi abdominale peut être telle qu'elle s'oppose d'une façon absolue à l'abaissement de la matrice ; dans ce cas il est préférable d'abaisser celle-ci au moyen d'une pince de *Museux*, fixée sur la lèvre antérieure du col, et qu'un aide maintiendra solidement en la rapprochant le plus près possible de la vulve.

Deuxième temps. Décollement du placenta. — Pour le décoller aisément, il faut pénétrer aussi haut que possible, entre la masse placentaire et la paroi utérine, de manière à arriver au niveau, ou au dessus de l'insertion supérieure du délivre. Il faut exécuter ce mouvement avec douceur, étant donné la friabilité de certains utérus, en se souvenant à propos que « *patience et longueur de temps font plus que force ni que violence.* »

Si le placenta est adhérent, on l'attaquera au niveau de son bord supérieur, avec l'ongle et le bout des doigts ; on gratte la paroi utérine, à petits coups, de proche en proche, à peu près comme pour enlever la peau d'une orange (1).

Il est assez facile, dans la majorité des cas, de distinguer les débris placentaires, du tissu utérin : le tissu placentaire est mou et dépressible, la paroi utérine, est, d'*ordinaire*, résistante. C'est pourquoi, pour détacher ces débris, M. Budin,

(1) TARNIER. *Loc. cit.*

recommande de ne pas se servir de l'ongle, procédé qu'il trouve dangereux, mais de les *écraser*, par une sorte de *pétrissage*, contre les parois de la matrice.

Une fois décollés, les doigts repliés en *crochet* entraînent facilement au dehors le placenta, entier ou en morceaux : c'est le 3^e temps, ou *extraction*. La dilatation *large* du col, sur laquelle nous avons déjà insisté, en facilite grandement l'exécution.

Ensuite, après une injection intra-utérine, le doigt se rendra compte de la présence de *débris*, et de leur adhérence. On réintroduira les doigts dans la cavité utérine autant de fois qu'il sera nécessaire.

Mais si ceux-ci ne peuvent enlever tous les débris, il faut recourir à la *curette*.

Celle-ci doit être large. Certains accoucheurs la préfèrent *mousse* (Hergott, Champetier) ; d'autres, avec raison, croyons-nous, aiment mieux la curette *tranchante*. Cette dernière, en effet, n'a pas l'inconvénient de glisser sur les débris placentaires et peut mordre, *sans effort*, à leur surface, M. Bonnaire (1) se sert d'une curette à contour arrondi et à bout strié d'une série de dentelures peu profondes.

Le col étant fixé et abaissé par une pince de Museux, on introduit l'instrument jusqu'au fond de la matrice, ce dont la main abdominale perçoit une sensation très nette, et l'on commence alors à râcler méthodiquement tous les points de la cavité utérine, fouillant successivement les parois antérieures, postérieures et latérales, le fond et les cornes, au niveau desquelles il est bon d'insister, aussi bien d'ailleurs

(1) *Tribune med.* 1894.

qu'aux différents endroits où le toucher indicateur a révélé l'existence de fragments de délivre.

Doit-on curetter jusqu'à entendre le *cri utérin* ? Nous ne le pensons pas. Il y a des utérus tellement mous que le cri ne se fait pas entendre et qu'à vouloir l'obtenir on arrive à la perforation.

Le curettage terminé, on pratique un grand lavage de la cavité utérine à la solution de sublimé au 1/2000, qui aura pour effet d'entraîner mécaniquement les caillots que la curette aura détachés (1).

C'est alors à l'écouvillon de compléter l'œuvre entamée par celle-ci. Imbibé de glycérine créosotée on l'introduit dans le canal cervical par un mouvement de vrille. On l'enfonce peu à peu en le tournant et le retournant dans tous les sens, de façon à *balayer* toute la surface de la cavité utérine. On le retire par un mouvement analogue, qui entraîne au milieu de ses crins, les débris, encore adhérents que la curette aurait épargnés.

On termine enfin par le *tamponnement* de la cavité utérine, que l'on fera de préférence, avec une longue bandelette de gaze iodoformée, introduite peu à peu dans la matrice, à l'aide d'une pince longue ou d'un hystéromètre. On renouvelera le tampon toutes les vingt-quatre heures, après avoir pratiqué une abondante irrigation intra-utérine, tant qu'il présentera de l'odeur ou qu'il ramènera des débris. Il est rare, qu'on soit obligé de le prolonger plus de trois à quatre jours.

Ainsi compris et pratiqué en temps utile, le *curage utérin*, donne les meilleurs résultats, même dans les cas les plus graves. Mais il n'est pas indispensable dans tous les cas, de

(1) TARNIER. *Loc. cit.*

le pratiquer aussi *complètement* que nous venons de le décrire ; souvent le curage digital, suivi de l'écouvillonnage, ou le curettage, précédé du curage digital, peuvent suffire, et, ce qui paraît ressortir des discussions récentes, c'est qu'il faut savoir *grader* son intervention suivant l'importance et la nature de la lésion, en ayant toujours pour objectif l'évacuation aussi parfaite que possible, de la cavité utérine : « il « serait, en effet, contraire à la saine clinique d'appliquer le « même traitement à tous les cas (1). »

(1) TARNIER. *Loc. cit.*

CONCLUSIONS

I. Dans l'avortement incomplet, la conduite à tenir pendant la période de la délivrance, est variable et dépend : 1° de l'existence de complications, 2° de leur nature et de leur gravité ; 3° en l'absence de complications, des indications et des circonstances particulières à chaque cas.

II. En cas d'hémorragie inquiétante, on pratiquera la *délivrance artificielle*, et, dans tous les cas où celle-ci sera impossible, le *tamponnement vaginal*.

III. Dès l'apparition des signes d'infection, il y a lieu de procéder immédiatement au *curage utérin* digital ou instrumental suivi d'un écouvillonnage antiseptique.

IV. En l'absence de complications, certaines circonstances, inhérentes à l'*origine* (manœuvres abortives, endométrite, rétroflexion de l'utérus) ou à la *nature* (gemellité, mort et macération du fœtus) de l'avortement, constituent une indication *suffisante* à l'évacuation *précoce* de la cavité utérine.

V. Lorsque la rétention (totale ou partielle) du délivre se prolonge au delà du 3^e au 4^e jour, il y a lieu, en dehors de toute autre indication, d'intervenir, pour prévenir les accidents.

VI. Le curettage devra toujours être précédé du curage digital qu'il complète, chacun des deux procédés conservant ses indications particulières.

VII. Toute intervention digitale ou instrumentale sera précédée de la *dilatation large* de la cavité utérine, au moyen des procédés ordinaires.

Vu : le Doyen,

BROUARDEL.

Vu le Président de la thèse :

A. LE DENTU

Vu et permis d'imprimer,

Le vice-recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD.

BIBLIOGRAPHIE

- Acker.** — Retained placenta after abortion (*Amér. J. of Obstétr.* 1884).
- Adriet.** — Thèse de Paris, 1885.
- Albert.** — De la rétention du Placenta. (Thès. Paris, 1878).
- Alloway.** — Trait. of puerpéral septriemia (London, *Méd. Record*, 1883).
- Anuschat.** — Zur Behandlung der Abortus, (*Central. für. Gyn.* 1885).
- Armas (de).** — Th. Montpellier, 1889.
- Audebert et Chaleix.** — *Semaine méd.* août, 1895.
- Auvard.** — 1. Thérap. de l'avort. *Gaz. hebdom.* 1887-1886.
2. *Médecine moderne.* Mars, 93.
- Barnes.** — *Arch. Tocol.* Mai, 1888.
- Barnay et Rolland.** — *Loire médicale.* 1889.
- Bibot.** — Trait. de l'avort. embryonnaire. *Arch. Tocol.* 1894.
- Bloch.** — Behendl. von Métrorrag. bedingt durch Rétention von Abortusresten.
- Bonnaire.** — Traitement de l'infect. puerpérale. *Tribune médic.* 1889.
- Borel.** — Curettage utérin, post partum et post abortum (*Lyon médical.* 1889).
- Breslau.** — Lehre von Anvolkommenen Abortus (*Wien. méd. Pres.* 1866).
- Brion.** — 530 cas d'Avortements. Thèse Paris, 1893.
- Browne.** — Emploi de la curette après l'avortement. *Medical News.* (mai, 1886).
- Budin.** — (Delman. artific. *Progr. méd.* 1889).
- Byers.** — Trait. of abortion. (Dublin. 1887).
- Castan.** — Thèse Paris, 1889.
- Chaput.** — *Soc. anat.* 10 janvier 1890.
- Charpentier.** — *Traité des accouchements et Journal de médecine de Paris*, août, 1888.

- Chartier.** — Traitement de la septicémie puerp. par le curage. Thèse de Paris, 1889.
- Cheatam.** — Rétent. du placenta après l'avort. (*Méd. Record.* 2 janv. 86.
- Cordes.** — Rétent. du placenta après l'avort. *Ann. de Gynec.* 1876.
- Czempin.** — Trait. de l'avort. *Berl. clin. Woch.* Nov. 1894.
- Dahlmann.** — Trait. de l'avort. (*Centr. f. Gynec.* II, 1888).
- Demelin.** — Traitement de la rétention de l'arrière faix dans l'avort. du 3^e et du 4^e mois. *Rev. gén. de clinique.* 30 mai, 1889.
- Dompsey.** — Abortion. Trait. and etiology. *Dublin médical*, 1887.
- Doleris.** — Conduite à tenir dans l'avortement.
1. *Nouv. Archiv. d'obst.* 1886.
2. A propos du curage post-abortionum. *Nouv. arch. d'obst.* 1893.
- Duhrssen.** — Pathologie und therapie der Abortus. *Arch. f. Gyn.* 1887.
- Dunlop.** — Trait. consécutif de l'avort. *British méd.* 1888.
- Farr.** — Trait. de l'avort. *Centralb. f. Gynecol.* 1884.
- Fehling.** — Trait. de l'avort. *Arch. f. Gynec.* XIII, 1878.
- Fraipont.** — *Gaz. méd. de Liège*, juin 1889.
- Genesteix.** — Trait. des avort. Paris, 1886.
- Gerbaud.** — Thèse d'agrég. 1886, Paris.
- Greslou.** — Rétention du placenta. (*Soc. obstet. et Gynec.* Paris, 1889.
- Greffith.** — Avort. incomplet. *Amer. Jour. of Obstet.* 1886.
- Gueniot.** — Délivr. dans l'avort.) *Bull. de Thérap.* T. 63. 1867.
- Hartmann et Toupet.** — Conséquences tardives de la rétention placentaire. *Ann. de Gyn.* avril, 1895.
- Hartung.** — Trait. de l'avort. *New-Yorker méd. Presse*, 1885.
- Kretschmer.** — Avortement incomplet. *Soc. obst. de Berlin.* 1883.
- Labusquière.** — Rétention du placenta. Septicémie. *Ann. de Gynec.* 1887.
- Latham.** — Trait. moderne de l'Avort. (*Amer. méd. Bull.* 1895).
- Longyear.** — Traitement. mécaniq. de l'avort. *Ann. of Gynec.* mars, 1888.
- Maygrier et Demelin.** — Etude sur l'avortement gemellaire. *Arch. de Toc.*, 1892.
- Martin.** — Soc. de Gynec. de Berlin. *Presse méd.* 1894.
- Misrachi.** — Traitement. de l'avort. incomplet. *Arch. de Tocol.* 18881
- Neville.** — Trait. de l'avort. (*Dublin méd. Journ.* 1884.

- Nitot.** — Curage utérin après l'avort., *Journ. de méd. de Paris*, 1888.
- Nyoff.** — Trait. de l'avort.) *Nederland. Tiddsch. van Geneesk.* 1888.
- Oui.** — Curettage utérin dans les complic. de la rétention placentaire, *Ann. gyn.* février, 1895.
- Parish.** — (Trait. de la délivrance avant le 7^e mois. *New-York. méd.* 1890.
- Pinard et Varnier.** — Irrigation continue (*Ann. de gynec.* 85-86).
- Porak.** — Raclage utérin dans les suites de couches. (*Journ. de Méd.* Paris, 1889.
- Pozzi.** — Traité de gynécologie.
- Rambaud.** — Rétent. placent. après l'accouch. et l'avort. Thèse, Paris, 1883.
- Ribemont et Lepage.** — Précis d'obstétriq. Paris, 1894 et 2^e édition, 1896.
- Schwartz.** — Trait. de l'avort. *Volksmann's Sammlung.* 1884.
- Siredey.** — Maladies puerpérales. Paris, 1884.
- Sulliwan.** — Trait. of abortion. *Boston med.* 1885.
- Tarnier et Budin.** — Trait. d'accouch. 2^e vol. 1886.
- Tarnier.** — Asepsie et antisept. en obstétriq. Paris, 1893.
- Varnier.** — Infection puerpérale. *Revue prat. d'obstétr. et d'Hyg. de l'enfance*, févr. 1889.
- Veit.** — Therapie der Verkalkung von Eileitung nach Fehlgeburten. *Zeits. f. Geb.* 1877.
- Vuillet.** — Curage de la cav. utérine. *Journal de Méd. de Paris*, 21 août 1887.
- Wisard.** — Intervent. chirurgicale dans la rétent. placent. Thèse Paris, 1888.
- Warman.** Traitement des fausses couches. *Gaz. lek.* 1894.
- Wilson.** — Etiolog. et trait. de l'avort. (*Med. News.*) nov. 94.

